



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**„Die selbständige Bewegungsentwicklung nach dem Konzept von Emmi
Pikler“**

Verfasserin

Ursula Fürle-Tröstl

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im Mai 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Bildungswissenschaft

Betreuerin: Dr. Kornelia Steinhardt

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich zur Drucklegung meiner Arbeit unter der Bezeichnung

Diplomarbeit

nur mit Bewilligung der Prüfungskommission berechtigt bin.

Ich erkläre des Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benützt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Weiters erkläre ich, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe und dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Wien, Mai 2011

Kurzfassung:

In der vorliegenden Diplomarbeit wird das pädagogische Handlungskonzept der ungarischen Kinderärztin und Pädagogin Emmi Piklers unter dem besonderen Aspekt der selbständigen Bewegungsentwicklung eines Kindes in den ersten beiden Lebensjahren dargestellt. Es werden zudem Weiterentwicklungen des Konzepts wie die Arbeit mit Kindern, die in ihrer motorischen Entwicklung verlangsamt sind, und die Arbeit mit Eltern und Kind in altershomogenen Gruppen, wie sie Österreich unter dem Titel Pikler-Spielraum bekannt sind, vorgestellt. Im methodischen Teil der Arbeit werden Interviews mit Eltern, deren Kinder in ihrer Entwicklung verzögert sind, mithilfe der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring, analysiert. Es wird untersucht, inwieweit die dargestellten Prinzipien Piklers und anderer Vertreterinnen der Piklerpädagogik, aus der Sicht von Eltern hilfreich für das Erleben derselben sein können. Zudem stellt sich die Autorin die Frage, ob die Haltung, die die Eltern im therapeutischen Setting erworben haben, auch im Alltag von Mutter und Kind umgesetzt werden kann und welche Aspekte diesen darüber hinaus von Bedeutung erscheinen.

Abstract:

The present diploma thesis outlines the pedagogical concept of the Hungarian paediatrician and pedagogue Emmi Pikler, with special emphasis on the autonomous motional development of infants during their first two years of life. Moreover, further developments of the concept are discussed, such as work with children who display retarded motional development, or work with parents and child in age groups, known in Austria as *Pikler-Spielraum*.

The empirical section of the thesis analyses interviews with parents of children who show retarded motional development by means of content analysis according to Mayring. It investigates to what extent the principles developed by Pikler and other representatives of her pedagogical approach can be useful in the view of parents. Moreover, the author posits the question whether the posture which the parents have acquired in the therapeutic setting can also be adhered to in everyday life of mother and child, and which additional aspects parents consider relevant.

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei jenen Menschen bedanken, die mir in der letzten Phase meines Studiums hilfreich zur Seite gestanden sind.

... Frau Dr. Kornelia Steinhardt danke ich für ihre fachliche Unterstützung, ihre geduldige und dennoch konsequente Betreuung meiner Diplomarbeit.

... meinen Gegenleserinnen Mag. Theresia Gaupmann und Beatrice Branka danke ich besonders für ihre fachliche und mentale Unterstützung. Sie haben sich mit dem Inhalt, aber vor allem mit dem Forschungsteil meiner Arbeit intensiv auseinandergesetzt.

... meinem Mann danke ich für seine Geduld und meinem Bruder für seinen technischen Support

... ich danke meinen beiden Kindern, sie waren nicht nur Quelle der Inspiration rund um das Thema kindliche Entwicklung, sie sind meine „Lehrmeister“ und haben in den letzten Monaten gezeigt, dass sie sich mir zuliebe zurücknehmen können.

... ich bedanke mich bei den MitarbeiterInnen des Ambulatoriums Fernkorngasse; bei Prim. Dr. Klaus Vavrik für die Erlaubnis Interviews mit Eltern der ihm vorstehenden Institution durchzuführen; bei den beiden Physiotherapeutinnen Corinna Krepp und Elisabeth Bernhard für das Herstellen der persönlichen Kontakte zu den InterviewpartnerInnen.

... Zu guter Letzt möchte ich mich bei jenen Eltern bedanken, die mir durch die Teilnahme an den Interviews großzügige Einblicke in einen sehr sensiblen Lebensabschnitt mit ihren Kindern gewährt haben.

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG UND EINFÜHRUNG IN DAS THEMA	1
1.1	ENTWICKLUNG UND KOMMENTIERUNG DER FORSCHUNGSFRAGE	2
1.2	AUFBAU DER ARBEIT	5
1.3	RELEVANZ FÜR DIE BILDUNGSWISSENSCHAFT	7
2	DIE GRUNDSÄTZE DES KONZEPTS EMMI PIKLER	9
2.1	EMMI PIKLER – KURZBIOGRAPHIE	9
2.2	DAS PIKLER- INSTITUT (INSTITUT LÓCZY).....	12
2.3	DIE DOKUMENTATION DER BEWEGUNGSENTWICKLUNG	13
2.4	DAS PÄDAGOGISCHE „PFLEGEKONZEPT“ IN DER TÄGLICHEN PRAXIS DES PIKLER-INSTITUTS.....	16
2.4.1	<i>Beziehungsvolle Pflege</i>	16
2.4.2	<i>Die freie Bewegungsentwicklung – Bewegung aus eigener Initiative</i>	18
2.4.3	<i>Das freie Spiel</i>	19
2.5	WEITERENTWICKLUNG VON PIKLER'S PRINZIPIEN: FORTBILDUNGEN UND LEHRE IM PIKLER-INSTITUT UND DER PIKLERGESELLSCHAFT	22
3	DIE SELBSTÄNDIGE BEWEGUNGSENTWICKLUNG NACH DEM KONZEPT VON EMMI PIKLER	24
3.1	VORÜBERLEGUNGEN ZUR ENTWICKLUNG IM ALLGEMEINEN UND DER BEWEGUNGSENTWICKLUNG IM SPEZIELLEN.....	24
3.2	DER VERLAUF DER SELBSTÄNDIGEN BEWEGUNGSENTWICKLUNG VOM LIEGENDEN SÄUGLING BIS ZU DEN ERSTEN FREIEN SCHRITTEN NACH DEM KONZEPT VON EMMI PIKLER	26
3.3	DIE BEDEUTUNG DER SELBSTÄNDIGEN BEWEGUNGSENTWICKLUNG FÜR DAS KIND.....	32
3.3.1	<i>Die Freude an der Bewegung</i>	32
3.3.2	<i>Selbständige Aktivität macht zufrieden</i>	33
3.3.3	<i>Im Umgang mit dem eigenen Körper lernt das Kind auch das „Lernen“</i>	33
3.3.4	<i>Größere Selbständigkeit wirkt sich positiv auf die Beziehung von Mutter und Kind aus</i>	35
3.4	DIE ROLLE DES ERWACHSENEN IN BEZUG AUF DIE SELBSTÄNDIGE BEWEGUNGSENTWICKLUNG DES KINDES	35
3.4.1	<i>Beziehungsvolle Pflege als Voraussetzung für die selbständige Aktivität des Kindes</i>	36
3.4.2	<i>Das Beobachten des Kindes</i>	36
3.4.3	<i>Bereitstellen der vorbereiteten Umgebung</i>	37
4	DIE WEITERENTWICKLUNG DES PIKLERSKONZEPTS IN DER ARBEIT MIT ENTWICKLUNGSVERZÖGERTEN KINDERN.....	38
4.1	BEURTEILUNG DES ENTWICKLUNGSVERZÖGERTEN KINDES ANHAND DES PIKLERKONZEPTS	39
4.2	DIE SORGE DER ELTERN UM DIE ENTWICKLUNG IHRES KINDES.....	41
4.3	DIE PIKLERGESELLSCHAFT BERLIN	43
4.3.1	<i>Entstehung der Piklerambulatorien in Berlin</i>	43
4.3.2	<i>Die Rolle der Therapeutin und die Fähigkeit des Beobachtens</i>	44
4.3.3	<i>Statt Behandlung oder therapeutischer Intervention - Begleiten der Entwicklung</i>	45

4.3.4	<i>Begleiten der Eltern</i>	46
4.4	ZUSAMMENFASSUNG	46
5	ELTERN-KIND-GRUPPEN, DIE NACH DEM KONZEPT VON E. PIKLER ENTWICKELT WURDEN – DER PIKLER-SPIELRAUM	48
5.1	DIE WEITERENTWICKLUNG DES PIKLERKOZEPTS IN ÖSTERREICH - DER SPIELRAUM	48
5.2	BESCHREIBUNG DES SPIELRAUMANGEBOTS	49
5.3	ERFAHRUNGEN DER ELTERN.....	51
6	METHODISCHE VORÜBERLEGUNGEN ZUR BEARBEITUNG DER BEIDEN FORSCHUNGSFRAGEN	53
6.1	QUALITATIVE SOZIALFORSCHUNG ALS FORSCHUNGSANSATZ	54
6.2	DAS QUALITATIVE INTERVIEW ALS ERHEBUNGSVERFAHREN	55
6.3	DARSTELLUNG UND ENTSTEHUNG DES UNTERSUCHUNGSDESIGNS.....	56
6.3.1	<i>Der Interviewleitfaden – Absicht der Befragung</i>	57
6.3.2	<i>Auswahl der Interviewpersonen</i>	58
6.3.3	<i>Durchführung und Aufbereitung der Interviews</i>	59
6.4	AUSWERTUNGEN DER INTERVIEWS – ANALYSEVERFAHREN.....	60
7	INHALTSANALYSE, DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE	64
7.1	ABLAUF DER ZUSAMMENFASSENDEN INHALTSANALYSE NACH MAYRING.....	64
7.2	DARSTELLUNGEN DER ERGEBNISSE (K1-K13).....	66
7.3	REFLEXION ZU DEN INTERVIEWS UND DEM VERLAUF DER INHALTSANALYSE	84
8	BEANTWORTUNG DER BEIDEN FORSCHUNGSFRAGEN UND DISKUSSION DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE	86
8.1	BEANTWORTUNG DER BEIDEN FORSCHUNGSFRAGEN.....	86
8.2	DISKUSSION DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE.....	90
9	RESÜMEE UND AUSBLICK	92
10	ANHANG	95
10.1	INTERVIEWLEITFADEN	95
10.2	TABELLE INHALTSANALYSE	97
10.3	REDUKTION	131
	LITERATURVERZEICHNIS	136
	VERZEICHNIS BILDER U. TABELLEN	141
	LEBENS LAUF	142

1 Einleitung und Einführung in das Thema

Die Idee, mich in meiner Diplomarbeit mit der Bewegungsentwicklung in den ersten Lebensmonaten bzw. -jahren auseinanderzusetzen, entstand während meiner beruflichen Tätigkeit als Physiotherapeutin. Bei dieser Arbeit beschäftige ich mich mit dem Bewegungsverhalten von Kindern. Mein großes Interesse gilt jedoch nicht alleine dem Bewegungsverhalten der Kinder selbst, sondern zunehmend auch dem Bewegungsalltag, jenen Gelegenheiten im Alltag von Mutter¹ und Kind, in denen Bewegungsentwicklung stattfinden kann.

In den letzten Jahren lernte ich das Konzept der "selbständigen Bewegungsentwicklung" nach Emmi Pikler, einer ungarischen Kinderärztin und Pädagogin, kennen. Dabei handelt es sich um ein bewegungsanalytisches Konzept, das die kleinen bzw. kleinsten Bewegungsabläufe eines Säuglings vom Tag der Geburt bis zu den ersten freien Schritten beschreibt, ausschließlich auf der Grundlage eigen initiiertes Bewegung. Die Beschreibung der Bewegungsentwicklung beschränkt sich nicht auf zeitlich festgelegte Entwicklungsschritte, sondern betont die Wichtigkeit eines harmonischen Bewegungsablaufes, der vom Kind selbst initiiert wird.

Die Rolle des Erwachsenen ist dabei nicht passiv im Sinne von "das Kind sich selbst überlassen", sondern schreibt diesem die Rolle des "aufmerksamen Beobachters" zu, d.h. er greift bewusst nicht ein oder vor, sondern gibt dem Kind die Zeit, die es zum Experimentieren mit sich und der Umwelt braucht und gestaltet die Umgebung² entsprechend dem Entwicklungsstand seines Kindes so, dass es dabei eigenaktiv werden kann.

„Der modifizierende Eingriff des Erwachsenen in die Bewegungen, in das Spielen des Säuglings, stört nicht bloß die autonome Situation - indem der Erwachsene das Interesse des Kindes durch seine eigene Zielsetzung ersetzt - sondern er verstärkt auch künstlich die Abhängigkeit des Kindes. Dagegen legt eine die Autonomie des Kindes respektierende Einstellung den Grund für eine vertrauensvolle Beziehung, in der Erwachsener und Kind einander achten. Zur Entfaltung der Autonomie des Kindes bedarf es sowohl einer Gemütsstabilität bietenden Beziehung, wie auch der Möglichkeit, dass das Kind durch seine selbständigen Handlungen zu Erlebnissen seiner Kompetenz gelangt“ (Pikler 2005, 30).

¹ In der vorliegenden Arbeit wird häufig die Bezeichnung „Mutter und Kind“ verwendet, dies schließt jedoch den Vater als Bezugsperson mit ein.

² „Die vorbereitete Umgebung“ meint sowohl die räumlichen Gegebenheiten als auch das entsprechende Spielmaterial; eine genaue Definition erfolgt im theoretischen Teil dieser Arbeit.

1.1 Entwicklung und Kommentierung der Forschungsfrage

Beim Studium der Literatur fällt auf, dass die ausführliche Darstellung der Bewegungsabfolge von der Geburt bis zu den ersten freien Schritten von niemandem so detailliert dargestellt wird wie von Emmi Pikler. Herkömmliche Konzepte der motorischen Entwicklung zeigen die Abfolge der motorischen Entwicklung in einzelnen Stufen, die als „Meilensteine“ bezeichnet werden. Diese findet man etwa in den für die Beurteilung von Kindern sehr gebräuchlichen Konzepten von Flehming (1987), Gesell und Amatruda (1941) oder Hellbrügge (Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik, 1987). Pikler zeigt auf, dass in den hier genannten Konzepten die dargestellten Bewegungen oder Positionen zum Einen die Abfolge der Bewegungen nicht vollständig skizzieren, zum Anderen wird auf die Darstellung der sogenannten *Übergangspositionen*³ teilweise verzichtet (Pikler 1988, 41, Tabelle 3).

Emmi Pikler entwickelte ihr Konzept zunächst für ihre eigene Praxis als Kinderärztin, und führte es später als Leiterin des Kleinkinder- und Säuglingsheimes „Lóczy“ weiter. Die Bedingungen im Heim gaben ihr die Möglichkeit, die frühkindliche Entwicklung genau zu dokumentieren und zu analysieren. Die Bewegungsabläufe von Kindern wurden in Form von Beobachtungsprotokollen und Videos festgehalten und ausgewertet. Sie bestätigten Piklers Annahme, dass Kinder, die in einer gesicherten Beziehung zu ihrer Pflegerin stehen und in ihrer gewohnten Umgebung die Möglichkeit zum freien Experimentieren haben, sich ohne wesentliche Verzögerung entwickeln. Ihre Erkenntnisse hinsichtlich der Bewegungsentwicklung in den ersten beiden Lebensjahren veröffentlichte sie in ihrem Werk „Lasst mir Zeit“ (Pikler 1988).

Das Konzept Emmi Piklers zeigt Ähnlichkeiten mit der Montessoripädagogik (Tardos 1998). Die *Selbstbestimmung im Lernen* lässt sich mit dem pädagogischen Ansatz von Maria Montessori vergleichen. Sie schrieb, das "Kind muss aufgrund seiner Initiative in einer Umgebung frei handeln dürfen, die auf seine Bedürfnisse abgestimmt ist" (Montessori 1985, 20). "Frei" heißt bei M. Montessori auch frei von Hilfe. Das Kind hat es nicht nötig, dass ein Erwachsener, also jemand der es schon kann, an seine Stelle tritt, um seine Tätigkeit zu Ende zu führen, mit der guten Absicht, ihm zu helfen. Nach Montessori behindert diese Art Hilfe die kindliche Entwicklung (Montessori 1985, 19).

³ Mit Übergangspositionen sind jene kleinen, kontinuierlichen Bewegungsübergänge zwischen den statischen Grundpositionen gemeint. E. Pikler hat diesen eine ganz eigene Bedeutung zugeschrieben. Sie werden im theoretischen Teil der Arbeit noch näher beschrieben.

"Den pädagogischen Grundsätzen der Selbstbestimmung und Selbsttätigkeit liegt ein Menschenbild zugrunde, welches das Kind als ein neugieriges und entdeckungsfreudiges Wesen betrachtet. Dem Individuum wird eine aktive, gestaltende Rolle zugesprochen. Der Erzieher fungiert vorwiegend als Betreuer, der das Experimentieren und Erforschen der Kinder stimuliert, die Vermittlung fertiger Lösungen tritt in den Hintergrund" (Scheid 1989, 15).

Darüber hinaus beeinflusst die motorische Entwicklung in den frühen Lebensmonaten und -jahren die gesamte Entwicklung des Kindes, wie auch andere Entwicklungsforscher aufzeigen. So betont beispielsweise Piaget in seinem Modell der kognitiven Entwicklung, dass die Bewegung als solche die primäre Form der Auseinandersetzung mit der Umwelt ist. Nach Piaget entwickelt sich die Intelligenz in der handelnden Auseinandersetzung des Kindes mit den Objekten seiner Umwelt (Piaget 1992). In diesem Sinne nennt er die erste Stufe der Intelligenzentwicklung die „Stufe der „sensumotorischen Entwicklung des Säuglings- und Kleinkindalters“.

Emmi Pikler stellt sich auch die Frage, ob die Forschungsergebnisse, die sie für gesunde Säuglinge erhielt, auch für Kinder zutreffen, die in ihrer Entwicklung verzögert oder bedroht sind.

„Unserer Überzeugung nach ja. Bei den sich langsam entwickelnden Kindern halten wir die Übergangspositionen für noch viel wesentlicher sowie alle Bewegungen, die das Kind darin probiert oder mit denen es seine Position oder seinen Platz wechselt, bevor es sich aufsetzt, aufsteht oder zu drehen beginnt... Falls der Erwachsene selbst oder mit Geräten die „langsamen“ Kinder - in einem üblicherweise nach Tabellen bestimmten Alter - termingerecht in die zu erreichende Position bringt und die zu erreichenden Bewegungen mit ihnen übt - also viel früher als diese Kinder dazu reif wären - werden sie all dies noch fehlerhafter und noch krampfhafter durchführen, als wenn man dem sich durchschnittlich entwickelnden Kind auf dieselbe ungünstige Art und Weise helfen würde“ (Pikler 1988, 116f).

Ähnliches berichtet Monika Aly aus ihrer Erfahrung als Krankengymnastin, die seit den 80-er Jahren des vorigen Jh. am Aufbau der Pikler-Gesellschaft in Berlin und an der Errichtung mehrerer Kinder- und Jugendambulanzen, die nach dem pädagogischen Gedanken Emmi Piklers geführt werden, mitgewirkt hat.

„Säuglinge, die in ihrer Entwicklung verlangsamt sind, werden in aller Regel einem Behandlungsplan unterworfen, der sich weniger an ihren individuellen Möglichkeiten als vielmehr an einem Normen-Katalog von Fähigkeiten, also an sogenannten Entwicklungstabellen, orientiert“ (Aly 2006, 1).

Ein in dieser Weise geförderter (überforderter) Säugling wird nicht nur inadäquate Bewegungen zeigen, er wird auch wenig Freude daran haben und wenig geschickt darin erscheinen

(Pikler 1988, 117). Den Eltern wird ständig das Bild eines bewegungsunfreudigen Kindes vermittelt, das nicht seinem Entwicklungsstand entspricht.

Die Kritik an einer ausschließlich an der vorgegebenen Norm orientierten „Frühtherapie“ für das Kind findet man auch bei Vertretern der Kleinkindpädagogik, die den pädagogischen Aspekt dieser frühen Intervention diskutieren. So fragt etwa Gerhard Klein in einem Artikel zur pädagogischen Frühförderung, ob eine Therapie, die ausschließlich das Trainieren retardierter Fähigkeiten in den Vordergrund stellt, nicht das übrige Erziehungsgeschehen ausblendet (Klein 1995). Ein isoliertes Üben von Bewegungen bringt das Kind nicht weiter, Therapie müsse somit immer pädagogisch eingebettet sein und den individuellen Bedürfnissen von Mutter und Kind angepasst (Klein 1995, 120).

Die konkrete Umsetzung des Konzeptes von Emmi Pikler in der Arbeit mit entwicklungsverzögerten, und in ihrer Entwicklung bedrohter Kinder ist speziell in Berlin, der deutschen Piklergesellschaft, gewachsen. Monika Aly veröffentlicht in zahlreichen Artikeln und Buchbeiträgen ihre Erfahrungen hinsichtlich der Möglichkeiten und Grenzen in der Umsetzung des Konzeptes in ihrer therapeutischen Arbeit. Darüber hinaus sind in den letzten Jahren in Anlehnung an das pädagogische Handlungskonzept von Emmi Pikler bereits einige wissenschaftliche Abschlussarbeiten entstanden (eine Biographierecherche von Anna Czimmek, 1999 München; Entwurf eines Konzeptes für eine Kinderkrippe, Claudia Bürgler, 2004 Wien; Anwendbarkeit des Konzeptes Emmi Piklers in der Physiotherapie mit Kindern, Doris Göll 2008 Wien). Die Bedeutung des Konzeptes Emmi Piklers für das entwicklungsverzögerte Kind wird in diesen Arbeiten angesprochen. Seit 1998 gibt es in Österreich eine „Jahresgruppe von TherapeutInnen, die mit behinderten Kindern und deren Eltern arbeiten“⁴. In dieser Gruppe werden in regelmäßigen Seminaren unter der Leitung von Monika Aly Falldiskussionen anhand von Videoanalysen durchgeführt, um am konkreten Beispiel einen sinnvollen Weg zwischen therapeutischen Förderangebot und dem Konzept Piklers unter der Berücksichtigung des Grundsatzes der Selbstbestimmung zu finden.

Von Pikler (1996, 2005) selbst und in der Schriftenreihe der Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft Österreich (2006) gibt es Erfahrungsberichte von Eltern, die das Konzept sowohl praktisch als auch theoretisch kennengelernt haben.

⁴ Folgende Berufsgruppen sind in dieser Jahresgruppe vertreten: Ergotherapeutinnen, Physiotherapeutinnen, Logopädinnen, Psychologinnen, Rhythmikerinnen, Sonder- und Heilpädagoginnen.

Es gibt jedoch noch keine Erfahrungsberichte von Eltern, die darüber Auskunft geben, wie diese, eine nach den Ideen von Emmi Pikler gestaltete (physiotherapeutische) Begleitung⁵ ihres entwicklungsverzögerten Kindes, erlebt haben. An dieser Stelle eröffnet sich das Forschungsfeld mit den folgenden zwei Fragen:

- 1. Inwiefern erleben Eltern ein nach dem Konzept der selbständigen Bewegungsentwicklung nach E. Pikler gestaltetes Therapieangebot bei ihrem Kind, das in seiner motorischen Entwicklung retardiert ist, als hilfreich?**
- 2. Inwiefern können die Anregungen aus dem Behandlungskonzept für das entwicklungsverzögerte Kind in den Alltag von Mutter und Kind übernommen werden?**

Vor dem Hintergrund dieser beiden Fragestellungen sollen in einem theoretischen Teil der Arbeit die pädagogischen Grundlagen Piklers erörtert, in praktischen Teil fünf Einzelfälle dargestellt werden.

1.2 Aufbau der Arbeit

Die Diplomarbeit wird in *zwei Teilen* aufgebaut sein:

Der erste Teil ist die *theoretische* Aufarbeitung des pädagogischen Handlungskonzeptes von Emmi Pikler. Zunächst erfolgt eine schrittweise Klärung der verwendeten Begriffe wie „selbständig“, „Bewegungsentwicklung“, „Motorik“, u.a. im Konzept angesprochene Begriffe. Danach soll die Bedeutung des Konzeptes der „selbständigen Bewegungsentwicklung“ für das entwicklungsverzögerte Kind näher beleuchtet werden. Aus dem Konzept von E. Pikler lassen sich zwei Blickwinkel ausnehmen, die näher erläutert werden: Der eine beschreibt die Position des Kindes. Welche Bedürfnisse hat das Kind hinsichtlich einer autonomen Bewegungsentwicklung, entsprechend seines individuellen Tempos? Der andere beleuchtet die Rolle des Erwachsenen in Bezug auf die motorische Entwicklung näher.

Piklers Konzept ist primär praxisgeleitet und soll anhand weiterer Autoren, die sich mit dem Thema Entwicklung befasst haben, unterstrichen werden. Es folgt die theoretische Darstellung des Entwicklungsmodells nach Jean Piaget. Das Stufenmodell der kognitiven Entwicklung beschreibt die Bedeutung der frühen Bewegungserfahrungen für die weiteren Prozesse des Denkens. Pikler meint auch, dass sich die frühen Erfahrungen der Bewegungsentwicklung auf die Persönlichkeit des Kindes auswirken. Diese Position soll anhand weiterer Autoren wie zum Beispiel Renate Zimmer (1985, 1996) erweitert werden. Pikler vertritt in ihrem Konzept

⁵ Der Begriff Therapie wird in der vorliegenden Arbeit meist durch den Begriff „Begleitung“ ersetzt (analog zum pädagogischen Konzept E. Piklers); hier Begleitung durch Physiotherapeutinnen

auch den Standpunkt, dass selbständiges Experimentieren mit dem eigenen Körper und seiner Umwelt in Verbindung mit einer Bezugsperson, die diesen Prozess aufmerksam begleitet, auch die Beziehung von Mutter und Kind positiv beeinflusst (Pikler 1982, 60). Diese Frage soll mittels Beiträgen aus der frühkindlichen Pädagogik (Datler 2004; Diem-Wille, 2003; Klein, 1995) diskutiert werden.

Der zweite, *empirische Teil* der Arbeit, sieht eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) von Interviews mit Eltern vor. Die Personen sind Eltern von Kindern, die im Laufe ihres ersten Lebensjahres in ihrer motorischen Entwicklung auffällig wurden und aus diesem Grund in therapeutische Betreuung gelangten. Dazu zählen Mütter und Väter, die für einen bestimmten Zeitraum physiotherapeutische Einzelbehandlung erhalten haben, oder Eltern, die mit ihrem Kind eine Eltern-Kind-Gruppe⁶ im Ambulatorium Fernkorngasse⁷ besucht haben. Das Interview umfasst drei Themenbereiche: Wie haben die Eltern das therapeutische Angebot, sei es in der Gruppe oder in der Einzeltherapie, erlebt? Wie haben die Eltern ihr Kind während des therapeutischen Settings erlebt? Und konnten die Eltern ihrer Meinung nach Anregungen aus dem therapeutischen Setting auch in den Alltag mit ihrem Kind übernehmen? Das Interview wird anhand eines teilstrukturierten Interviewleitfadens geführt. Ebenso sind in diesen Interviews narrative Elemente vorgesehen. Das heißt, die Eltern können zusätzlich zu den gestellten Fragen mit Themen und Erzählungen ergänzen, die für sie ganz persönlich in Zusammenhang mit dem Förderangebot zur Bewegungsentwicklung ihres Kindes wichtig sind/waren. Gleichzeitig erlaubt es dem Interviewer an diesen Stellen nachzufragen, ob den Eltern dazu ein konkretes Beispiel aus der Therapie-/Gruppensituation einfällt, und wie sie sich selbst bzw., wie sie meinen, sich ihr Kind dabei gefühlt (haben) hat.

Anschließend erfolgt die Transkription und Reduktion des Interviewmaterials mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring 2002). Das Textmaterial wird mithilfe der induktiven Vorgehensweise auf relevante Themen untersucht werden, die bereits aus dem Konzept von Emmi Pikler hervorgehen.

- Wie erleben Eltern sich selbst in ihrer Rolle in Bezug auf die motorische Entwicklung ihres Kindes?
- Gelingt es diesen Eltern, sich auf das individuelle Entwicklungstempo ihres Kindes einzulassen?
- Wirkt das Kind beim Ausführen von Bewegungen zufrieden?

⁶ Sowohl die Einzel- als auch die Gruppentherapie werden von TherapeutInnen durchgeführt, die mehrjährige Erfahrung mit dem pädagogischen Inhalten Emmi Piklers haben und in einem regelmäßigen Austausch mit Monika Aly stehen. Die Gruppentherapie ist ein nach dem Piklerkonzept gestalteter Spiel- und Bewegungsraum; ein spezielles Setting, bei dem Eltern von einer [Physio-, Ergotherapeutin, Psychologin] zum Beobachten ermuntert bzw. angeleitet werden.

⁷ Ambulatorium Fernkorngasse, VKKJ, Verein für körperbehinderte Kinder und Jugendliche

- Empfinden die Eltern das Bewegungsverhalten des Kindes seither verstärkt eigenverantwortlich?
- Fühlt sich die Betreuungsperson durch die Eigenständigkeit des Kindes entlastet?

Des Weiteren soll das Material ein auf Themen untersucht werden, die in der Literatur von Emmi Pikler, Monika Aly u.a. noch wenig oder gar nicht genannt wurden, insbesondere ist dabei von Interesse:

- Inwieweit können die Eltern die Erfahrungen aus dem Pikler-Konzept in ihrem eigenen Alltag umsetzen?
- In welchen Alltagssituationen konnten sie konkret Anregungen aus der Gruppe umsetzen?
- Mit welchen Anregungen aus der Therapie kamen die Eltern gut zurecht bzw. mit welchen eher gar nicht?

Danach folgt die Diskussion der erhaltenen Ergebnisse hinsichtlich der beiden Forschungsfragen. In einem Resümee soll noch einmal zusammengefasst werden, ob die Bedeutung der selbständigen Bewegungsentwicklung, wie sie bei Emmi Pikler dargestellt wird, auch in der (physiotherapeutischen) Begleitung von Kindern, die in ihrer Entwicklung bedroht sind, im Sinne der Pädagogik tatsächlich gerechtfertigt ist.

1.3 Relevanz für die Bildungswissenschaft

Mit der Darstellung der funktionell therapeutischen Intervention, basierend auf den Prinzipien von Emmi Piklers pädagogischen Handlungskonzeptes, soll gezeigt werden, *wie* konkret der Bewegungs- und Spielraum für ein Kindes aussehen könnte, damit es eigenaktiv sein kann.

Die frühen Bewegungserfahrungen des Säuglings, oder sensumotorischen Erfahrungen, wie Piaget diese bezeichnet, beschreiben nicht nur den Zuwachs körperlicher Fähigkeiten im engeren Sinne, sondern bilden Lernerfahrungen, auf die das Kind auch in anderen, späteren Lebensphasen zurückgreifen kann. Das Kind lernt nicht nur eine neue Bewegung, es lernt auch das Lernen (Pikler 1982, 35). Emmi Pikler spricht sich für Selbstbestimmung bereits im frühesten Kindesalter aus, einer Forderung wie sie auch in der Reformpädagogik formuliert wird. Darüber hinaus unterziehen sich die Eltern bei dieser intensiven Form der Auseinandersetzung mit den motorischen Fähigkeiten ihres Kindes ebenfalls einem Lernprozess, der Auswirkungen auf die Beziehung von Mutter und Kind hat. Wenn Eltern, so wie im vorliegenden Setting, zum Beobachten und Wahrnehmen von kleinen und kleinsten Entwicklungsschritten

ihres Kindes angeleitet werden, so werden diese ein anderes Bild von ihrem Kind haben als zuvor.

Im Rahmen dieser Diplomarbeit soll überlegt werden wie das entwicklungsverzögerte Kind in seiner motorischen Entwicklung unterstützt werden kann? Mit der Darstellung des Konzeptes, unter der besonderen Berücksichtigung des entwicklungsbeeinträchtigten Kindes, und den empirisch erhobenen Erfahrungsberichten der Eltern, die ein derartiges therapeutisches Angebot in Anspruch genommen haben, soll der Versuch unternommen werden heilpädagogisches Handeln hinsichtlich der Angemessenheit aus der Sicht der Eltern darzustellen.

2 Die Grundsätze des Konzepts Emmi Piklers

Das folgende Kapitel beinhaltet zunächst eine Beschreibung der Person Emmi Piklers und ihres persönlichen Werdeganges, sowohl privat als auch beruflich. Es wird an dieser Stelle nur soweit auf die Biographie und ihre beruflichen Erkenntnisse eingegangen, als es für den Verlauf der weiteren Arbeit von Interesse ist, wie Emmi Pikler zu ihren eigenen Ideen gelangte, wie sie dazu kam, sich der Entwicklung von Kleinkindern zuzuwenden und im Besonderen ein Konzept für die Bewegungsentwicklung in den ersten beiden Lebensjahren auszuformulieren, das sie später in ihrer Arbeit im Pikler- Institut umsetzte.

2.1 Emmi Pikler – Kurzbiographie

Ein kurzer Abriss über die persönlichen und beruflichen Stationen von Emmi Pikler zeigt, wie sie dazu kam, sich mit der selbständigen Bewegungsentwicklung auseinanderzusetzen.

Emmi Pikler wurde 1902 als *Emilie Madeleine Reich* in Wien geboren; ihre Mutter war Wienerin, von Beruf Kindergärtnerin, ihr Vater, gebürtiger Ungar, Tischler. 1908 übersiedelte die Familie nach Budapest.

Als sie sich entschied Medizin zu studieren, führte sie ihr Weg zurück nach Wien, da ein medizinisches Studium aufgrund ihrer jüdischen Herkunft in Budapest nicht möglich war. Nach Abschluss ihres Studiums 1927 begann sie mit ihrer Facharztausbildung zur Kinderärztin in Wien. Ihre pädiatrische Ausbildung war geprägt von den Lehrjahren an der Wiener Universitätskinderklinik bei Prof. Pirquet sowie an der Kinderchirurgie des Mauthner Markhof Kinderkrankenhauses bei Prof. Salzer. Beide Kliniken hatten für die damalige Zeit besonders gute Heilungsstatistiken, was Pikler darauf zurückführte, dass sowohl Prof. Salzer als auch Prof. Pirquet darauf Wert legten, *wie* die kleinen Patienten in ihren Kliniken behandelt wurden. Jeder angehende Arzt wurde in die Pflege und Versorgung des Kindes genauso eingewiesen wie in die tatsächliche medizinische Behandlung. Man verwendete weniger Medikamente und legte großen Wert auf einen heilungsförderlichen, erzieherischen Umgang mit den Kindern. Ebenso setzte Prof. Salzer voraus, dass ein angehender Chirurg in der Lage war, ein weinendes Kind zunächst einmal zu beruhigen, bevor er es untersuchte. Durch das Vorbild dieser beiden Kinderärzte erhielt Pikler ihre ersten Eindrücke, wie die Berücksichtigung der physio-

logischen Eigenschaften eines Kindes, aber auch eine präventiven Haltung in der Kinderheilkunde die Entwicklung positiv beeinflussen kann. Diese Anschauung begleitete Pikler ihr weiteres berufliches Leben lang (Falk in Pikler, 2005,17).

Zwei weitere Beispiele sollen verdeutlichen, welchen Erfahrungen die damalige Kinderärztin Bedeutung beimaß, die sie auch später in der Umsetzung ihrer pädagogischen Überzeugung in ihrer Arbeit als Leiterin eines Kinderheimes beibehielt:

Beispiel 1: In der Pirquet-Klinik wurden die Säuglinge nicht, wie damals und noch lange Zeit später üblich in Wickelpolster gebunden, in denen sie sich kaum bewegen konnten, sondern die Windeln wurden vielmehr hosenartig zwischen den Beinen gebunden, den Kindern war somit eine Bewegungsfreiheit gegeben (Falk in Pikler, 2005,18).

Beispiel 2: An der Unfallstatistik der unfallchirurgischen Abteilung fiel Pikler auf, dass Kinder aus der Vorstadt weit seltener mit Knochenbrüchen oder Gehirnerschütterungen an der Klinik eingeliefert wurden als jene Kinder, die aus wohlhabenden Familien der anderen Stadtteile kamen. Die meistens von Gouvernanten streng erzogenen Kinder kamen häufig wegen Unfällen, die sich in scheinbar harmlosen Situationen zu Hause oder auf dem Spielplatz unter Aufsicht ereigneten. Pikler gelangte schon damals zu der Annahme, dass ein Kind, das sich frei bewegen kann, umsichtiger agiert und eher lernt gut zu "fallen", wenn es einmal aus dem Gleichgewicht gerät, als ein anderes, das infolge „überbehüteter Erziehung“ seine eigenen Grenzen nicht kennenlernt und somit leichter in Gefahr gerät (Falk in Pikler, 2005,19).

Schon damals interessierte sich Emmi Pikler besonderes dafür, wie die motorische Entwicklung beim gesunden Kind verläuft, welches bei seinen Bewegungen weder eingeschränkt noch angeleitet wird. Sie bezweifelte, dass der Säugling nur durch Üben und Anleiten durch den Erwachsenen zu neuen Fähigkeiten gelangen würde, wie es zur damaligen Zeit durchaus üblich war. Auch stellte sie in Frage, ob ein derartiges Üben die motorische Entwicklung beschleunigen würde.

1930 heiratete sie György Pikler, einen ungarischen Mathematiker und Pädagogen. Als sie 1931 ihr erstes Kind bekam, beschloss sie gemeinsam mit ihrem Mann in die motorische Entwicklung nicht voreilig einzugreifen, sondern sie gaben ihrer Tochter ausreichend Zeit und Raum, sich entsprechend ihrer eigenen Fähigkeiten zu entwickeln. György Pikler unterstützte die Haltung seiner Frau hinsichtlich der selbständigen Bewegungsentwicklung, da auch er als

Mathematiklehrer reformpädagogische Ideen in seinem Unterricht verwirklichte, indem er seine Schüler ermutigte, eigene Lösungen bei einer Problemstellung zu entwickeln. Auch er erkannte an seinen Schülern, wie wichtig es für ein Kind sein konnte, einen Erfolg als Resultat eigener Bemühungen zu erleben (Czimmek, 1999, 15f). Schon damals, als Mutter ihres ersten Kindes, erkannte Pikler, dass sich nicht nur die Geduld und Zurückhaltung der Eltern förderlich auf das Bewegungsverhalten ihres Kindes auswirkten. Ebenso wichtig war, dass das Kind durch keinerlei beengende Kleidung in seinem Tun behindert wurde, sowie ein ausreichendes Raumangebot, in dem das Kind adäquates Spielmaterial vorfand.

In den Jahren danach lebte die Familie zunächst in Triest, später in Budapest. Das Ehepaar Pikler bekam noch zwei weitere Kinder, Tochter Eva, die im Alter von eineinhalb Jahren an den Folgen einer Lungenentzündung verstarb und Sohn József Péter, der nach dem Krieg zur Welt kam (1946). 1953 adoptierte die Familie einen weiteren Buben, János Péter.

Als sie 1935 als Kinderärztin in Ungarn anerkannt wurde, eröffnete sie eine eigene Praxis. In ihrer Tätigkeit als frei praktizierende Kinderärztin versuchte sie ihre Erkenntnisse zu vertiefen und neue Formen der Behandlung einzuführen. Die Kinder kamen nicht zu ihr in die Praxis, sondern sie ging zu den Familien, wo sie die Kinder viel umfassender in ihrer Gesamtentwicklung kennenlernte. Über 10 Jahre sammelte sie so Erfahrung, nahm sich Zeit die Kinder zu beobachten und führte mit den Eltern Beratungsgespräche, die weit über die klassische Behandlung einer Kinderärztin hinausgingen. Sie ermutigte die Eltern der Entwicklungsfähigkeit des eigenen Kindes zu vertrauen und den eigenen Rhythmus wie Schlaf-, Wachrhythmus oder Hunger und Durst oder die eigene, ständig wachsende Aktivität des Kindes zu respektieren. Die Pflege des Kindes sollte ohne Hast und Zeitdruck geschehen. Sobald das Kind beim Essen, Baden, Waschen oder Anziehen „helfen“ möchte, sollten Eltern - auch wenn dies anfänglich mehr Zeit in Anspruch nahm - darauf eingehen.

In den Jahren 1936-1945 geriet György Pikler in Kriegsgefangenschaft, dennoch hielt Pikler an ihrer Arbeit als Kinder- und Familienärztin fest. Es war auch die Hilfe und Unterstützung der jüdischen Familien, die Pikler zur damaligen Zeit betreute, die ihr ein Überleben während dieser zehn Jahre ermöglichten. In diesen Jahren entstand auch ihr erstes Buch: „Mit tut már a barbar“⁸, auf Deutsch erschienen unter dem Titel „Friedliche Babys - zufriedene Mütter. Pä-

⁸ Wörtlich übersetzt in Anspielung auf ehrgeizige Eltern: „Was kann das Püppchen schon?“ (Falk in Pikler, 2005, 21).

dagogische Ratschläge einer Kinderärztin“ (1940 erstmals erschienen in ungarischer Originalfassung).

Nach dem Krieg übernahm Pikler die Leitung eines staatlichen Kinderheims, das sich um Kriegswaisen und Kinder aus verlassenen Familien kümmerte. 1946 gründete Pikler ein Säuglingsheim in Budapest in der Lóczystrasse – bis heute auch „Lóczy“ genannt. Von da an begann sie konsequent die Lebenssituation innerhalb dieser Institution derart umzugestalten, dass den Kindern selbständige Erfahrungen in der Bewegung möglich wurden. Dazu zählte nicht nur ausreichender Platz und geeignete Spielzeug, sondern vor allem eigens geschultes Personal, welches die Bedeutung der Eigeninitiative eines Säuglings verstand und unterstützte.

Emmi Pikler leitete das Säuglingsheim von 1946 bis 1979. In diesen Jahren wurde die Arbeit von Pikler durch die Veröffentlichung von Fachbüchern und wissenschaftlicher Beiträge über die Prävention von Hospitalismus im In- und Ausland bekannt (s.a. 2.2). Nach ihrer Pensionierung bestand ihre Arbeit am Institut Lóczy in der Beratung, der wissenschaftlichen Tätigkeit und Lehre. Im Mittelpunkt ihres Interesses stand weiterhin die Bewegungsentwicklung des Säuglings, die auch Thema ihrer Habilitation 1969 war (Pikler 1988, 242). 1984 starb Emmi Pikler nach kurzer, schwerer Krankheit.

2.2 Das Pikler- Institut⁹ (Institut Lóczy)

Das Institut Lóczy wurde 1946 für Säuglinge gegründet, die einer langfristigen Betreuung bedurften. Es gab 70 Betreuungsplätze (anfänglich waren es 35). 1971 lebten 51 Kinder im „Lóczy“ im Alter von wenigen Tagen alt (neugeborener Säugling) bis zum drei bis vierjährigen Kleinkind. Es wurden damals hauptsächlich Säuglinge tuberkuloseerkrankter Mütter oder Säuglinge, deren Mutter im Wochenbett verstorben war, aufgenommen. Ein weiterer Grund für die Unterbringung in einem Heim waren Kinder aus Risikofamilien, wie Alkoholprobleme der Eltern, zerrüttete Familienverhältnisse und alleinstehende Mütter, die nicht ausreichend in der Lage waren für ihr Kind zu sorgen. Die Verweildauer der Kinder war sehr unterschied-

⁹ Die Bezeichnung der Einrichtung hat sich im Laufe des jahrelangen Bestehens immer wieder geändert: Als Säuglings und Kleinkinderheim „Lóczy“ gegründet wurde das Institut in „Säuglingsheim und Methodik“ und 1964 in „Institut für Säuglings- und Kleinkinderpflege und Erziehungsmethodik“ umbenannt. Ab dieser Zeit begann das „Lóczy“ auch andere staatliche Heime in Ungarn fachlich zu unterstützen. 1971 übertrug man der Institution als „Staatlich methodologisches Institut für Heimwesen“ die Verantwortung für das ungarische Heimwesen. Nach dem Tod Emmi Piklers wurde noch ihr Name in diese Bezeichnung aufgenommen. Heute (seit 1998) nennt sich die Einrichtung „Pikler Institut für Kleinkindpädagogik“ (Bürgel, 2004, 20; Czimmek, 1999, 76).

lich, maximal 3 Jahre, durchschnittlich 1 Jahr. In dieser Zeit versuchte man eine geeignete Pflegefamilie zu finden oder die Kinder in ihre Familie zurückzuführen (Pikler 1988, 23f.; David, Apell 1995, 24).

Die Leitung des Säuglingsheimes in der Lóczystrasse bot Pikler mehrere Möglichkeiten: Zunächst war es Pikler ein Anliegen, dass sich die Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern von anderen staatlichen institutionellen Einrichtungen unterscheiden sollte. Obwohl die personellen und finanziellen Ressourcen durchaus beschränkt waren, war ihr vordringlichstes Anliegen die Qualität der Betreuung dahingehend zu verändern, dass Kind dabei in den Vordergrund rückte. Die Bedürfnisse der Kinder wurden immer wieder genau beobachtet und evaluiert, Veränderungen in der Gestaltung des Alltags immer den Kinder angepasst. Dafür entwickelte Pikler gemeinsam mit ihren Mitarbeiterinnen¹⁰ eine Form der begleitenden Dokumentation, die die Entwicklung unter den speziellen Bedingungen des Pikler-Instituts (die für alle Kinder gleich waren) darstellte. Parallel dazu begann Pikler ihre wissenschaftliche Tätigkeit, die sich anhand der Auswertung des Dokumentationsmaterials ergab.

2.3 Die Dokumentation der Bewegungsentwicklung

Von Anfang an wurden im Pikler-Institut Aufzeichnungen über die Entwicklung des Kindes gesammelt. Es waren dies Fotografien und Beobachtungsprotokolle, die von den Betreuerinnen nach bestimmten Gesichtspunkten angefertigt wurden. Die Fotografien stammen von der Fotografin Marian Reismann, die seit den 30er Jahren im Pikler-Institut mitarbeitete und im Laufe vieler Jahre Fotoserien über einzelne Kinder, aber auch zu bestimmten Themen wie der Bewegungsentwicklung, Bewegungsübergängen, spielerischen Situationen oder Situationen der Pflege durch die Kind-Pflegerin in zahlreichen schwarz-weiß Fotografien festhielt. In den Büchern von Emmi Pikler finden sich zahlreiche Abbildungen besonders ausdrucksreicher Bilder, die ihre theoretischen Aussagen zu verschiedenen Anliegen der Kleinkindpädagogik untermauern. Marian Reismann hat hier vor allem mit Teleobjektivaufnahmen aus weiter Entfernung gearbeitet, damit fühlten sich die Kinder zum Zeitpunkt der Aufnahme unbeobachtet, ihr Tun durch keinerlei Irritation unterbrochen.

¹⁰ Bis auf drei männlichen Mitarbeiter (ein Fahrer, ein Gärtner und ein Mitarbeiter, der für technische Belange des Hauses verantwortlich war) waren alle Mitarbeiterinnen weiblich

Das Heim bot Pikler gleichzeitig die Möglichkeit, die bisher aus der Arbeit mit Familien gewonnenen Erkenntnisse unter kontrollierten, wissenschaftlichen Bedingungen umzusetzen, ohne in das alltägliche Leben der Kinder eingreifen zu müssen; sie konnte somit Langzeitbeobachtungen durchführen und beschreiben, wie sich Kinder anhand konkret festgelegter pädagogischer Richtlinien entwickeln (Falk in Pikler, 2005, 22).

Aus den täglichen Aufzeichnungen wurde am Ende jedes Monats ein zusammenfassender Bericht erstellt. Dieser umfasste mehrere Bereiche wie die wichtigsten unerwarteten Begebenheiten; die emotionale Verfassung des Kindes; die Beziehung zur Betreuerin und den anderen Kindern seiner Gruppe; die Entwicklung und das Verhalten im motorischen Bereich; die Entwicklung der Manipulation, des Spiels und der Sprache; das Verhalten während der Pflege; das Erlangen von Unabhängigkeit und Selbständigkeit. Der Schlaf und persönliche Gewohnheiten (David, Apell, 1995, 116). Zur Dokumentation der Bewegungsentwicklung gab es sogenannte Beobachtungsprotokolle, jedes Kind wurde in seinen wachen Phasen über einen gewissen Zeitraum beobachtet, das Erscheinen bestimmter Bewegungen und Bewegungsübergänge genauestens dokumentiert. Ziel dieser Aufzeichnungen war es, darüber Aufschluss zu erhalten, in welchen Positionen sich das Kind in seinen Wachphasen bevorzugt aufhält, wie oft und vor allem wie ein Platzwechsel vorgenommen wird. Die Frage, die Pikler sich vornehmlich stellte war, ob die Abfolge und das Erscheinen der einzelnen Entwicklungsschritte tatsächlich einem einheitlichen Bewegungsplan folgten. Da die Entwicklungsvoraussetzungen aller dieser Kinder als „gleich“ einzustufen und das Verhalten der Erzieherinnen abgestimmt war auf Piklers Prinzip der Eigeninitiative, galt die Annahme, dass die Beobachtungsergebnisse den Entwicklungsverlauf der „autonomen Bewegungsentwicklung“ widerspiegeln (Pikler, 1988, 44).

Für diese Fragestellung wurden in einer eigenen Untersuchung Protokolle nach folgenden Kriterien erstellt:

Fünf Kinder wurden von der Geburt (den ersten Lebenswochen) bis zu den ersten freien Schritten jeweils 2-3 Mal pro Woche für eine halbe Stunde beobachtet. Jede Viertelminute notierte die Beobachterin die Position des Kindes, Positions- und Platzwechsel. Die Kinder befanden sich dabei in ihrer gewohnten Umgebung im eigenen Bettchen, im Spielgitter oder abgeteilten Spielbereich in ihrem Zimmer oder im Garten. All diese Bewegungsvorgänge nahm es aus eigenem Interesse, aus eigener Initiative vor (Pikler, 1988, 44). Diese Protokolle spiegeln in erster Linie den Verlauf der Großbewegungen wieder. Die Ergebnisse der Studie

zur „freien Bewegungsentwicklung“ sollen in einem eigenen Kapitel detailliert dargestellt werden (Kap. 3).

Erst einige Jahre nach Eröffnung des Säuglingsheimes in der Lóczystrasse begannen Pikler und ihre Mitarbeiterinnen mit der methodischen Auswertung des bereits gesammelten Materials. Das Team der Betreuerinnen und Pflegerinnen wurde um zwei Pädagoginnen und Psychologinnen erweitert, die sich systematisch um die Aufarbeitung des Erhebungsmaterials bemühten. Wegen der intensiven Forschungsarbeit und der darauffolgenden Publikationen konnte Pikler die Öffentlichkeit auf ihre Arbeit aufmerksam machen. Seit 1961 wurde das Pikler-Institut auch als „Institut für Säuglingsheim und Methodik“ geführt, 1964 in „Institut für Säuglings- und Kleinkinderpflege und Erziehungsmethodik“ umbenannt. 1971 erhielt Pikler von der ungarischen Regierung den Auftrag, die Verantwortung für das ungarische Heimwesen zu übernehmen, weshalb eine weitere Umbenennung des Instituts in „Staatlich Methodologisches Institut für Säuglingsheime“ erfolgte. In insgesamt 50 Jahren Forschung sind Veröffentlichungen zu unterschiedlichen Themen der Entwicklung und Kleinkindpädagogik entstanden¹¹. Piklers Hauptinteresse galt jedoch der Bewegungsentwicklung und ihrer Auswirkungen auf andere Entwicklungsbereiche und spätere Lebensphasen.

1964 wurde Margit Hirsch vom Kinderpsychologischen Institut der Wissenschaftlichen Akademie, Budapest, im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie auf zwei Kinder aufmerksam, die im Alter von acht Jahren in Familien lebten und ihre Säuglingszeit im Institut in der Lóczystrasse verbracht hatten. Sie zeigten keinerlei Zeichen von Hospitalismus. Daraufhin ging Hirsch der Biographie von weiteren 30 ehemaligen Lóczykindern nach. Auch diese Untersuchung ergab vergleichbare Ergebnisse. Eine weitere Untersuchung von 100 „Lóczykindern“, mittlerweile zwischen 13 und 23 Jahren alt, folgte, ermöglicht durch die Finanzierung der WHO in den Jahren 1968-1970. Diese „ehemaligen“ Kinder hatten in den Jahren 1946-1956 mindestens 11 Monate ihrer Kleinkindzeit im Lóczy verbracht. Bei keinem dieser Kinder wurden Unterschiede zu Gleichaltrigen gefunden, die von Anfang an in Familien lebten (Czimmek, 1999, 68). Die Unausweichlichkeit der Hospitalisierung und ihrer Spätfolgen für den Heranwachsenden wurde durch diese Studie widerlegt, das pädagogische Konzept Piklers gewann so Anerkennung im In- und Ausland.

¹¹ Es entstanden auch Untersuchungen zur Spielentwicklung, sozialer Interaktion und Manipulationstätigkeiten, deren Erforschung sich Ilona Barkózi, Psychologin, und Anna Tardos, Psychologin und heutige Leiterin des Pikler-Instituts, widmeten.

2.4 Das pädagogische „Pflegekonzept“ in der täglichen Praxis des Pikler-Instituts

An dieser Stelle soll eine kurze Darstellung jener Prinzipien folgen, die Pikler in ihrer Arbeit als frei praktizierende Kinderärztin in Budapest erkannt und als notwendig erachtete hatte. Ihr Ziel war es, für die Säuglinge und Kleinkinder jene Lebensbedingungen zu schaffen, die sich bereits in der Arbeit mit den Familien bewährt hatten. Wenn auch die Lebenssituation dieser Säuglinge an sich als erschwerend einzustufen war, so war Pikler dennoch von der Idee begeistert, die Prinzipien, die sich in der Zusammenarbeit mit den Familien als geeignet erwiesen, auch in einer Einrichtung wie einem Säuglingsheim unter Beweis zustellen. Ihr Ziel war es den Kindern ein Umfeld zu schaffen, in dem sie sich möglichst gesund - sowohl körperlich als auch seelisch - entwickeln konnten. Zur gleichen Zeit und auch später wurden psychoanalytische Untersuchungen über vorübergehende und andauernde Trennung des Säuglings von der primären Bezugsperson in den Fachkreisen von Entwicklungsforschern bekannt. Die Unterbringung von Säuglingen in Heimen galt als hochgradiger Risikofaktor für die weitere Entwicklung. Es ist anzunehmen, dass Pikler die Arbeiten und Forschungsinhalte von J. Bowlby, R. Spitz und A. Freud kannte, da sie die Ergebnisse der Hospitalismusforschung in ihren späteren Publikationen immer wieder erwähnte und den Ergebnissen aus dem Lóczy gegenüberstellte¹² (Pikler 1988, 24f; David, Apell, 1995, 18).

Um eine ausreichend gute Betreuung der Kinder im Heim zu gewährleisten, legte Pikler die folgenden Grundprinzipien in ihrer Arbeit fest:

2.4.1 Beziehungsvolle Pflege

„Um die Kinder im ‚Lóczy‘ vor Hospitalismus zu bewahren und ihnen eine annähernd normale Entwicklung zu ermöglichen, gehen wir im Lóczy von dem Grundprinzip aus, das Entstehen einer entsprechenden Beziehung zwischen Pflegerinnen und Kindern vor allem während der Pflege zu erreichen (...). So bekommt neben den üblichen, grundsätzlichen Fragen (z.B. was isst das Kind, ist es entsprechend gekleidet, wie oft ist es an der frischen Luft usw.), die *Art und Weise* der Pflege Gewicht“ (Falk in Pikler 2005, 23).

Zu Beginn stellte die Auswahl der Betreuerinnen ein Problem dar. Zunächst stellte Pikler ausgebildete Kinderkrankenschwestern an, die sich allerdings nicht auf die ungewöhnlichen Anforderungen in der zuwendungsvollen Pflege einstellen konnten. Sie versahen ihre Arbeit in

¹² Die erwähnten Publikationen stammen aus späteren Jahren nach 1950, es ist jedoch aus der Biographie Piklers zu entnehmen, dass sie Kontakt zur psychoanalytischen Vereinigung in Budapest hielt und hier über die aktuellen Forschungsstudien von J. Bowlby, R. Spitz, A. Freud Kenntnis bekommen hatte.

der gewohnten Eile, mechanisch, sie widmeten einen großen Teil ihrer Zeit dem Protokollieren und Versorgen der Wäsche. Ihr Augenmerk lag nicht bei dem aktuellen Befinden der Kinder. Nach drei Monaten tauschte Pikler diese Betreuerinnen gegen junge, ungelernete Mädchen aus, die sie gemeinsam mit ihrer Mitarbeiterin Maria Reinitz selbst ausbildete. Sie lernten von Grund auf behutsam und sanft zu pflegen, so dass sich das kleinste Kind dabei wohlfühlen konnte. Sie wurden weiters angehalten, während der gesamten Dauer der Pflege mit dem Kind zu sprechen und die eigenen Handlungen sprachlich zu begleiten. Sie sollten dabei die Reaktionen der Kinder aufmerksam beobachten. Nie sollten sie den Säugling zwingen oder gegen seinen Willen handeln; sie sollten vielmehr abwarten bis dieser bereitwillig mithalf (Falk in Pikler, ebd.). Zur Ausbildung dieser Betreuerinnen gehörte somit zu allererst das „Wahrnehmen“ der aktuellen Befindlichkeit des Säuglings. Pikler legte großen Wert darauf, dass sich all ihre Mitarbeiterinnen darauf verstanden, die Gefühle und Reaktionen der Kinder zu verstehen (zu lernen).

Innerhalb der Institution wurden die Kinder in altershomogenen Gruppen betreut. Jeweils neun Kinder, später acht, wurden von drei Pflegerinnen im Wechseldienst betreut. Dabei versuchte man nach Möglichkeit weder ein Kind noch eine Betreuerin innerhalb der Gruppe auszuwechseln, um beiden Seiten die Möglichkeit zu geben, konstante Beziehungen aufzubauen (Pikler 1988, 28). Pikler war völlig klar, dass es einer Pflegerin nicht möglich war, die Bedürfnisse dieser neun Kinder gleichzeitig zu erfüllen, wie es einer Mutter mit nur einem Kind möglich ist, weshalb man im Lóczy dazu überging, sich zu ganz bestimmten Zeiten einem Kind ausschließlich zu widmen, nämlich während der Körperpflege und den Mahlzeiten. Pikler ging davon aus, dass ein Kind, das zu besonderen Zeiten des Tages die uneingeschränkte Aufmerksamkeit seiner Bezugsperson erfuhr, „emotional gesättigt“ sei und fähig, sich in den anderen Zeiten eigenständig seiner Umwelt und den anderen Kindern zuzuwenden. Die Form dieser Zuwendung war also bestimmt durch die Qualität der Pflege (Pikler 2005, 10).

Der Aspekt der beziehungsvollen Pflege war für Pikler die Voraussetzung für die weitere Alltagsgestaltung mit dem Kind, ebenso wie das Ermöglichen von selbständige Bewegungs- und Spielerfahrungen.

2.4.2 Die freie Bewegungsentwicklung – Bewegung aus eigener Initiative

Während das Kind bei der täglichen Körperpflege und Nahrungsaufnahme auf seine Pflegerin angewiesen war, so ging man im Lóczy davon aus, das unter geeigneten (auf sein Entwicklungsalter vorbereiteten und sicheren) Bedingungen, der Säugling sich autonom bewegen könne. Das Kind, der Säugling brauche den Erwachsenen nicht direkt, jemand, der ihn (es) hält oder ihm erklärt wie die Bewegung zu meistern wäre. Der Betreuerin kam eher eine indirekte Rolle zu, indem sie je nach Entwicklungsalter des Kindes unterschiedliche Raum- und Bewegungsangebote bereitstellte, und so dem Kind zu größtmöglichen autonomen Bewegungserfahrungen verhalf. „Im Lóczy `lehren´ bzw. `fördern´ wir die Kinder nicht und üben auch nicht mit ihnen. Wir spornen sie weder durch direktes Auffordern noch durch Locken zu einer Bewegung an“ (Pikler, 1988, 26). Die spontanen Bewegungsversuche jedoch werden aufmerksam beobachtet und begleitet. Wenn die Pflegerin eines ihrer Kinder gerade dabei beobachtete, wie es eine neue Bewegung für sich entdeckte, so teilte sie diese Freude mit ihm.

„Wir setzen das Kind nie auf, solange es sich nicht von selbst aufsetzen kann, weder während der ärztlichen Untersuchung noch während der Pflege (Füttern, Baden, Anziehen usw.) oder zum Spielen. Während seiner Versuche geben wir dem Kind keine Hilfe zur Beendigung irgendeiner seiner Bewegungen, wir halten es z.B. nicht an den Händen und geben ihm auch keine andere Hilfe zum sich Aufsetzen. ... Hilfe bekommt es auch dann nicht, wenn es sich beim Aufstehen festhält und an den Möbeln entlang beginnt, einige Schritte zu tun, auch später nicht, wenn es freihändig die ersten Schritte unternimmt. ... Wenn das Kind sich am Kleid seiner Pflegerin festhält oder ihr seine Hand reicht, nimmt sie es auf dem Arm (oder hockt sich zu ihm hin, Anna Tardos)“ (Pikler 1988, 26 f.).

In der Praxis verhielt es sich im Lóczy folgendermaßen: Der neugeborene Säugling verbrachte die meiste Zeit in seinem Bettchen (60x90cm) ohne Kopfpolster in einer Art Schlafsack. Diese waren länger und breiter als üblich geschnitten, damit der Säugling darin strampeln konnte.

Sobald sich das Kind auf die Seite drehen konnte, spätestens jedoch nach dem 3. Lebensmonat, trug es eine Strampelhose. Ab diesem Zeitpunkt verbrachte das Kind seine wachen Zeiten in einem Spielgitter am Boden. Sobald das Kind fähig war, seinen Platz zu wechseln und einen größeren Aktionsradius benötigte, wurde es in ein 2x2m großes Spielgitter gelegt, in dem sich außer ihm noch 2-3 weitere Kinder aufhielten. Das Spielgitter sollte nicht nur Platz zum Bewegen, sondern auch Schutz und Begrenzung geben. In der warmen Jahreszeit verbrachten die Kinder die wache Zeit auf ebenso abgegrenztem Raum auf der Wiese im Garten. Weiters standen den Kindern, die bereits Kriechen oder auf Händen und Knien krabbeln konnten, kleine Klettermöbel in Form von Kisten (80x80cm, 22cm hoch) zur Verfügung, im Garten

befanden sich Steintreppen im leicht abfallenden Gelände, die denselben Zweck erfüllten. Erst wenn es versuchte aufzustehen, bekam es eine Latzhose ohne Fußteil. Die Füße blieben frei, bei Kälte trug das Kind Socken. Es wurde großer Wert auf Kleidung gelegt, die nicht engen oder behindern durfte. Nach dem Erlernen des selbständigen Gehens standen den Kindern Klettergeräte zur Verfügung (Pikler 1988, 28 ff).



Bild 1: Bewegungselemente aus dem Piklerinstitut Berlin (Dreieckständer, Krabbelständer, Sitz- Essbänkchen, kleiner Tunnel)

2.4.3 Das freie Spiel

Ein weiterer wichtiger Bestandteil in der Umsetzung von Piklers Ideen kam neben der selbständigen Bewegungsentwicklung dem freien Spiel zu. Pikler legte Wert darauf, dass ein Säugling in seinen wachen Phasen ausreichend Zeit und Raum zur Verfügung hatte, in der er sich eigenaktiv zurechtfindet. Das betraf einerseits das Platzangebot als auch geeignetes Spielmaterial, das sorgfältig der Entwicklung entsprechend ausgewählt wurde. Der Säugling sollte entscheiden können, was, wie lange und wie intensiv er in diesen Zeiten mit dem angebotenen Material experimentierte. In ähnlicher Weise, wie bereits beim Ablauf der einzelnen Bewegungsschritte beschrieben, sollte der Säugling die Gelegenheit im freien Spiel erfahren, aus eigener Initiative Erfahrungen mit dem Spielmaterialien zu sammeln. Das Kind sollte so die Schritte in seiner Spielentwicklung selbst gestalten; sich seine dingliche Umwelt gleichsam

„erspielen“ (vgl. 3.3.3 Die sensumotorische Intelligenz nach Piaget). Pikler vertrat die Ansicht, dass Kinder, die bereits in den ersten Lebensjahren in ihrer selbstgewählten Tätigkeit Erfahrungen sammeln, ihre Kreativität und Kompetenz besser entfalten könnten. „Freies Spiel“ bedeutete ohne die Vorgabe durch den Erwachsenen, den Dingen eine individuelle Bedeutung zu schenken, sich ohne (Leistungs-) Druck und Zielvorgabe des Erwachsenen auf die Umwelt einzulassen. Dieser hatte hierbei die Aufgabe, die Rahmenbedingungen zu schaffen; er wusste um die aktuelle Entwicklung des Kindes, seiner Interessen und Vorlieben Bescheid, stellte den Raum und die Spielmaterialien bereit, und adaptierte gegebenenfalls.

„Wesentlich ist, dass das Kind möglichst viele Dinge selbst entdeckt. Wenn wir ihm bei der Lösung aller Aufgaben behilflich sind, berauben wir es gerade dessen, was für seine geistige Entwicklung das wichtigste ist. Ein Kind, das durch selbständige Experimente etwas erreicht, erwirbt ein ganz andersartiges Wissen als eines, dem die Lösung fertig angeboten wird“ (Pikler, 1996, 73).

Hier schloss sich Pikler der pädagogischen Meinung Heinrich Jacobys an, einem deutschen Musikpädagogen (1889-1964), der sich mit dem Phänomen mangelnder Eigeninitiative bei Schülern auseinandersetzte. Er ging in seinen Arbeiten der Frage nach, ob es sich hierbei um mangelnde Begabung oder mangelnde Erfahrung aufgrund des Erziehungsverhaltens der Erwachsenen handelte. So vertrat Jacoby die Ansicht, dass das „Fehler-Machen“ eine ebenso wertvolle Erfahrung auf dem Weg zum Lösen einer Aufgabe sein konnte, und dass der anschließende Erfolg das Selbstvertrauen der Kinder stärken würde (Jacoby, 2004, 25ff; 81). Pikler nahm an, dass die mangelnde Eigeninitiative von Kindern darin begründet war, dass viele von ihnen diese Anstrengung nie unternehmen mussten. Die Rolle des Erwachsenen wäre es nicht, dem Kind die Lösungen vorzugeben, sondern vielmehr die innere Anwesenheit und echte Anteilnahme daran, womit das Kind gerade beschäftigt würde. Nur dann, wenn sich das Kind in seiner Beziehung zur Bezugsperson sicher fühlen würde, wäre es fähig alleine zu spielen, auch wenn es den Erwachsenen nicht unmittelbar sieht (oder der Erwachsene das Kind) (Pikler 1988, 183). In den Phasen des gemeinsamen Spiels mit der betreuenden Person wies Pikler darauf hin, dass die Idee und Initiative weiterhin beim Kind bliebe, der Erwachsene würde sich einbringen, indem er die Handlungen des Kindes sprachlich begleitet, das Geschehen mit Interesse verfolgen bzw. beobachten würde.

Im Lóczy vertrat man die Ansicht, dass ein Kind, auch schon das Neugeborene, zum jeweiligen Zeitpunkt mit selbstgestellten Aufgaben zu Recht kam. So war es besonders wichtig den Kindern dem jeweiligen Entwicklungsalter entsprechendes Spielmaterial zur Verfügung zu stellen, damit es zufrieden seiner Tätigkeit nachgehen konnte und sich selbst nicht überforder-

te. Ein neugeborener Säugling braucht noch kein Spielmaterial. Er ist zunächst vollauf beschäftigt seinen eigenen Körper, insbesondere seine eigenen Hände zu erkunden. Erst ab einem Alter von 3-5 Monaten wurde den Kindern im Lóczy das erste Spielmaterial in Form eines leicht zu ergreifenden Tuches angeboten. Nach und nach bekamen die Kinder weitere Materialien angeboten, die nicht zu schwer sein durften, von unterschiedlicher Beschaffenheit (Stoff, Holz, Korbgeflecht, Metall), um dem Kind unterschiedliche sensorische Erfahrungen zu ermöglichen und sie sollten keine vorgegebene Funktion haben, wie es zum Beispiel batteriebetriebene Spielsachen aufweisen. Die Materialien waren in der Regel einfache Gegenstände, sie sollten keine didaktische Absicht beinhalten, sondern lediglich zum Experimentieren und Erkunden anregen. Auch verzichtete man auf Mobiles oder Spieluhren über den Kinderbetten, man war der Ansicht, dass allzu viele optische und akustische Reize, den Säugling überfordern und ihn in seiner Konzentration irritieren würden (Bürgel, 64 ff).



Bild 2: Spiel- Greifmaterialien



Bild 3: Materialien zum Sammeln und Schütten

Das Spielmaterial wurde auch stets dem motorischen Können des Säuglings angepasst: So lange sich der Säugling noch in Rücken- oder Seitenlage befand, wurde darauf geachtet, dass das Material beim aus der Hand gleiten nicht wegrollen und somit aus seinem Gesichtsfeld entweichen konnte. Später wenn er sich bereits drehen/rollen konnte waren es vor allem Bälle, Kugeln und andere Gegenstände die zur Fortbewegung anregten. Den Kindern wurde das Spielzeug nie direkt in die Hand gegeben, sondern die Pflegerin legte 2-4 Gegenstände in seine Nähe und das Kind sollte selbst entscheiden, wonach es zuerst greifen wollte. So bildete es auch erste Vorlieben aus, auf die die Pflegerin in der Folge einging und das „Lieblingsspielzeug“ wurde auch weiter angeboten. Nie wurde ein Gegenstand durch einen neuen gänzlich ersetzt, vielmehr wurde darauf geachtet, dass neu hinzukommende Materialien einander ähnlich waren, damit das Kind dabei seine Erfahrungen einbringen konnte. Auf jeden Fall musste es so sicher sein, dass ein selbständiges Hantieren gefahrlos möglich war.

Pikler gelang es nicht nur die Lebensbedingungen der Kinder derart zu gestalten, dass trotz der hohen Anzahl von Kindern, die eine Pflegeperson zu versorgen hatte, dies auch praktisch möglich war. Um ihre Arbeit auch transparent und nachvollziehbar zu machen, legte sie zusätzlich von Anfang an Wert auf eine gründliche Begleitdokumentation, die in den Folgejahren des Bestehens des Pikler-Instituts von großem Nutzen war:

2.5 Weiterentwicklung von Piklers Prinzipien: Fortbildungen und Lehre im Pikler-Institut und der Piklergesellschaft

In späteren Jahren ihres Schaffens gewannen die Lehre in der eigenen Institution als auch der internationaler Austausch an Bedeutung. Mit dem Auftrag zur Leitung des ungarischen Erziehungswesens (siehe 2.1) verbunden, organisierte Pikler Fortbildungen für Mitarbeiterinnen staatlicher Säuglings- und Kleinkindereinrichtungen. Die Ausbildung orientierte sich an den im Lóczy entstandenen Prinzipien. Es entstanden Lehrvideos zu verschiedenen Themen wie Pflege, Bewegungsentwicklung, soziale Interaktion der Kinder untereinander und der Beziehung zwischen Betreuungsperson und Kind. Weiters wurden Hospitationsaufenthalte für Fachpersonal aus den Bereichen Medizin, Pädagogik und Psychologie angeboten. Auf diese Weise lernten auch ausländische Fachkräfte und Studenten die besondere Arbeit des Heimwesens im Lóczy kennen und das Interesse an Piklers Arbeit ging somit über die Grenzen Ungarns hinaus.

Zunächst nach Frankreich, wo man sich vor allem für die Umsetzung von Piklers Ideen in Kleinkinderkrippen interessierte. 1997 wurde die internationale Piklergesellschaft gegründet, sie hat ihren Sitz in Paris. Hier seien vor allem die Psychologin Geniviève Apell und die Kinderpsychiaterin Myriam David genannt, die in der Folge auch das Pädagogische Handlungskonzept, so wie es in seiner Form im Lóczy gegründet und umgesetzt wurde, ausformuliert.

1980 gründeten Monika Aly und andere die Pikler Gesellschaft Berlin¹³, einen Verein für Bewegungsentwicklung und Integration, mit dem besonderen Arbeitsschwerpunkt von Diagnostik, Behandlung und Beratung von entwicklungsbeeinträchtigten Kindern und deren Eltern. Auf die Arbeit von Monika Aly wird im Rahmen der Darstellung der Entwicklung des entwicklungsverzögerten Kleinkindes in Kapitel vier dieser Arbeit Bezug genommen.

Weitere internationale Kontakte führten Pikler und ihre Forschungsmitarbeiterinnen in Länder wie Belgien, Italien, Deutschland, Schweiz, Rumänien und Spanien. In den USA war es vor allem Magda Gerber, die die Ideen von Emmi Pikler weitertrug, und die Organisation "RIE" („Resources of Infant Educators“) gründete.

Des Weiteren bestehen Kontakte nach Südamerika, wo Judith Falk, langjährige Mitarbeiterin von Emmi Pikler und nach deren Pensionierung Leiterin des Kinderheims in Budapest, Vorträge und Seminare an Hochschulen für Kinderärzte und Erzieher hält (Czimmek 1999, 81).

In Österreich wurde die „Pikler-Hengstenberggesellschaft“¹⁴ 1997 gegründet, unter dem Vorsitz von Mag. Daniela Pichler-Bogner. Hierzulande ist die Piklerarbeit besonders durch das Angebot des „Spielraums“ bekannt, einem speziellen Setting für Eltern und Kind, das anhand der Prinzipien Piklers entwickelt wurde und seit mittlerweile über 10 Jahren die Inhalte der Piklerpädagogik an Interessierte vermittelt. Aus der Zusammenarbeit der Piklergesellschaften in Österreich, Berlin und Budapest entstand in den letzten Jahren ein Curriculum zum Ausbildungslehrgang „Piklerpädagogen“.

Auf eine vollständige Aufzählung aller internationalen Entwicklungen soll an dieser Stelle jedoch verzichtet werden. Die Entwicklungen der Piklergesellschaft Berlin und Österreich sind insofern von Interesse, als sie für die Herleitung der Forschungsfrage, wie auch für die Durchführung des Forschungsvorhabens von Relevanz sind.

¹³ Pikler Gesellschaft Berlin e.V., Verein für Bewegungsentwicklung und Integration, D-12203 Berlin, Straubenrauchstrasse 11, www.pikler.de

¹⁴ Pikler-Hengstenberggesellschaft Österreich, c/o Mag. Daniela Pichler-Bogner, A-1020 Wien, Böcklinstrasse 51/6, www.pikler-hengstenberg.at

3 Die selbständige Bewegungsentwicklung nach dem Konzept von Emmi Pikler

3.1 Vorüberlegungen zur Entwicklung im Allgemeinen und der Bewegungsentwicklung im Speziellen

Je nach wissenschaftlicher Position finden sich unterschiedliche Ansätze, wie Entwicklung verstanden werden kann und wie ein Säugling im Laufe seines weiteren Lebens zu neuen Fähigkeiten gelangt. Die Beschäftigung mit der menschlichen Entwicklung ist Gegenstand vieler unterschiedlicher Disziplinen wie etwa der Psychologie, der Neurobiologie, der Pädagogik aber auch der Anthropologie und der Soziologie. Theoretische Konzepte, die nur eine dieser Disziplinen zur Erklärung der menschlichen Entwicklung heranziehen, gelten seit mehr als 20 Jahren überholt. Vielmehr hat eine gemeinsame, „interdisziplinäre“ Sichtweise von Entwicklung die ideologischen Alleinvertreterpositionen ersetzt; die Entwicklungspsychologie nennt hierfür eine eigene Disziplin, die „Entwicklungswissenschaft“. Diese stellt sich die Aufgabe, sowohl die normale Entwicklung als auch Abweichungen derselben gleichermaßen zu beschreiben. Gemeinsamkeiten und Unterschiede geben Aufschluss über das Entwicklungsgeschehen. Sie verfolgt dabei einen interdisziplinären Ansatz, damit das Zusammenwirken biopsychischsozialer Faktoren angemessen erforscht werden kann (Petermann, Niebank, Scheithammer 2004, 5).

In ähnlicher Weise beschreiben die Autoren Bundschuh, Heimlich und Krawitz (2007, 198ff) ihre Sichtweise der Bedeutung der motorischen Entwicklung: Eine funktionelle Betrachtung der Motorik ist nicht ausreichend, es bedarf der Erweiterung um den dynamischen-ganzheitlichen Aspekt. Motorik wirkt sich auch auf andere Entwicklungsprozesse aus. Insofern ist Bewegung immer mehr als beanspruchte Motorik, sie ist ein wesentlicher Bestandteil menschlichen Lebens und Verhaltens.

Als Pikler Mitte der 40er Jahre des vorigen Jahrhunderts ihre Forschungsarbeit mit der „freien Bewegungsentwicklung“ aufnahm, waren ihre Ideen nicht theoriegeleitet, sondern orientierten sich an ihren Erfahrungen als Kinderärztin und den empirischen Ergebnissen ihrer Studie, die sie in der Zeit von 1946 bis 1963 im Institut Lóczy durchführte. Pikler versuchte schon damals herauszufinden, welche Bedingungen Kinder brauchen, um sich möglichst ungestört zu entwickeln. Neben der freien oder ungestörten Bewegungsentwicklung und dem freien

Spiel war die beziehungsvolle Pflege eine wichtige Voraussetzung (vgl. Kap. 2, Prinzipien des Piklerkonzepts).

Unter „frei“ oder „selbständig“ verstand Pikler das eigenständige, aktive Handeln des Säuglings in seiner Umwelt. Die Initiative für das Ausführen von Bewegungen kommt vom Kind selbst. Diese Position ist vergleichbar mit dem konstruktivistischen Ansatz von Jean Piaget, der Entwicklung als Resultat der aktiven Auseinandersetzung mit seiner Umwelt sieht (Montada 2006, 11).

Die „beziehungsvolle Pflege“ bringt noch einen weiteren Aspekt des Konzepts von Emmi Pikler hervor, die immer wieder betont, dass der Säugling erst dann eigenaktiv handeln kann, wenn er sich in einer sicheren Beziehung zu seiner Bezugsperson befindet. Die Auswirkung der Bezugsperson als förderlicher oder hemmender Faktor für das Entwicklungsgeschehen war zur Zeit Piklers, als sie ihre Studie zur Bewegungsentwicklung verfasste, wenig erforscht. Hier leistet die Kleinkind- und Säuglingsforschung der letzten 20 Jahre den entscheidenden Beitrag. Die aktuelle Forschung der frühen Kindheit zeigt, dass (motorisches) Lernen in den ersten Lebensjahren abhängig ist von der Beziehung zu einer konstanten Bezugsperson (Rauh 2008, 213).

Mit dem Begriff „Bewegungsentwicklung“ meint Pikler im engeren Sinne die großmotorischen Bewegungen und Bewegungsübergänge, die vom Stadium des liegenden Säuglings über die Aufrichtung gegen die Schwerkraft und die schrittweisen Erfahrungen über die Fortbewegung im Raum bis zu den ersten freien Schritten berichtet. Die Verwendung der beiden Ausdrücke Grobmotorik und Feinmotorik, die im deutschen Sprachgebrauch durchaus üblich sind, wird in der deutschen Übersetzung des Werkes „Lasst mir Zeit“ nicht verwendet. Stattdessen verwendet die Autorin die beiden Ausdrücke Großbewegungen (Bewegungsentwicklung) und Manipulationsbewegungen (feinere Bewegungen der Hände und Füße), die sie für angemessener hält (Pikler 1988, 22). Piklers besonderes Interesse galt dem Verlauf der autonomen Bewegungsentwicklung, sie wollte klären, inwieweit der direkte oder indirekte Eingriff des Erwachsenen Einfluss auf das Bewegungsverhalten des Kindes nimmt. In der Folge wird nun der Verlauf der motorischen Schritte aus eigener Initiative dargestellt, im Anschluss daran die unterschiedliche Bedeutung der Bewegungsentwicklung für das Kind und seine Bezugsperson diskutiert.

3.2 Der Verlauf der selbständigen Bewegungsentwicklung vom liegenden Säugling bis zu den ersten freien Schritten nach dem Konzept von Emmi Pikler

Die Bewegungsentwicklung an sich ist nur ein Teil des gesamten menschlichen Entwicklungsgeschehens. In den ersten beiden Lebensjahren sind die körperlichen Veränderungen von besonderer Bedeutung, sowohl die Körpergröße als auch das Gewicht nehmen in diesem Zeitraum gravierend zu. Gleichzeitig lernt das Kind sich fortzubewegen und sich gegen die Schwerkraft aufzurichten, zu keiner anderen Zeit im Leben erfährt die menschliche Entwicklung so große Veränderung. Die Bewegungsentwicklung wurde zur damaligen Zeit primär als Veränderungsprozess verstanden, der sich festgelegt nach zeitlichen Normen vollzieht. Pikler zeigte anhand ihrer Studie über die selbständige Bewegungsentwicklung, dass die ausschließliche Orientierung an Zeittafeln nicht ausreicht, um zu beurteilen, ob ein Säugling altersentsprechend entwickelt ist oder nicht. Ihre Forschungsergebnisse hinsichtlich der freien Bewegungsentwicklung zeigten zwar, dass die Abfolge der einzelnen Entwicklungsschritte, wie sie beim gesunden Säugling zu beobachten sind, immer in der gleichen Chronologie auftraten, nicht jedoch gebunden an zeitlich vorgegebene Normen. Das Erscheinen neuer motorischer Fähigkeiten war von Kind zu Kind sehr unterschiedlich. Die einzelnen Entwicklungsschritte konnten viel eher einer Zeitspanne zugeschrieben werden (Pikler 1988, 41, Abb.3, Tab.1). Manche Kinder zeigten motorische Funktionen schneller, andere langsamer. Weitaus zutreffender wäre somit die Beschreibung einer „individuellen Norm“, wie es auch heute in der Entwicklungswissenschaft vertreten wird (Petermann, Niebank, Scheithammer 2004, VII).

Als Indiz für einen gesunden Entwicklungsverlauf galten bei Pikler Kriterien wie Eigenaktivität, Qualität der Bewegung und Zufriedenheit im Umgang mit dem eigenen Körper. Piklers Beschreibung der selbständigen Bewegungsentwicklung zeigt den chronologischen Verlauf der aufeinanderfolgenden Bewegungen, wie sie von der Geburt bis zu den ersten freien Schritten beobachtet werden können.

Die nun folgende Beschreibung des Bewegungsverlaufes (Pikler 1988, 34ff, 188ff; 1996, 23ff, Bilderabfolge zur motorischen Entwicklung, 137-222) vom liegenden Säugling bis zu den ersten freien Schritten stützt sich auf die Beobachtungsprotokolle von 722 Kinder, die in den Jahren 1946 bis 1963 vor ihrem dritten Lebensmonat im Institut Lóczy aufgenommen wurden und mindestens vier Monate ebenda verbracht haben. Unter den 722 Kindern waren auch 119 frühgeborene Kinder (Pikler 1988, 39).










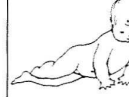




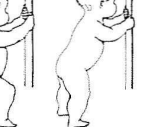





Von der Rückenlage, bis zum Sich-auf-den-Bauch-Drehen. Sich Wälzen und Rollen	Ausgangsposition				
Entwicklungsverlauf des Kriechens auf dem Bauch bis zum Krabbeln auf Knien und Händen					
Entwicklungsverlauf des Sich-Aufsetzens					
Entwicklungsverlauf des Aufstehens					
Vom freien Aufstehen bis zum freien Gehen					

Abb. 1: Verlauf der selbständigen Bewegungsentwicklung aus eigener Initiative (Pikler 1988, 35)

- Von der Rückenlage bis zum „sich auf den Bauch drehen“, sich *Wälzen* und *Rollen*

Der Säugling liegt zunächst auf dem Rücken. In dieser Lage fühlt er sich in der Regel wohl, die Bewegungen der Arme und Beine sind frei und werden mit zunehmender Zeit lebhafter und zielgerichteter. Bald können Schultergürtel oder Becken von der Unterlage ein wenig weggedreht werden, dabei kommt es zur ersten Rotationsbewegung in der Wirbelsäule, wobei der Rumpf der Unterlage noch nahe bleibt und einen spitzen Winkel mit der Unterlage bildet. Diese Rotationsbewegungen nehmen immer mehr zu, bis sich der Säugling zur Gänze auf die Seite dreht. Er entdeckt die Seitenlage. Arme, Kopf und Beine dienen dabei zur Unterstützung, um das Gleichgewicht in der Seitenlage zu halten ist der ganze Körper beteiligt. Der Übergang von der Rückenlage in die Seitenlage wird in kleinen Variationen immer wieder neu erprobt, die Bewegungsabfolge ist fließend.

Beim weiteren Experimentieren mit dem Gleichgewicht folgt die Drehung um weitere Grade von der Seitenlage in die Bauchlage. Dabei fällt der Säugling nicht plötzlich in diese- sondern kontrolliert- das Zurückdrehen in die sichere Rückenlage ist ihm jederzeit möglich.

Er verweilt in der Lage anfänglich für einen kurzen Moment, später, sobald der Schwerpunkt in der Bauchlage sicher gefunden ist, auch schon länger. Prinzipiell wird dem Kind in all dieser Zeit die Bauchlage niemals passiv aufgedrängt, es sucht diese aus eigener Initiative auf. Darüber hinaus werden auch keine Unternehmungen angestrengt, damit es länger als ihm selbst angenehm die neu erreichte Position einhält. Je öfter der Säugling die Bauchlage aufsucht, umso mehr wird er sich daran gewöhnen und die Welt aus einer neuen Perspektive kennenlernen.

Um in dieser Position Ausschau zu halten, hebt das Kind den Kopf von der Unterlage. Der Kopf ist in seiner Beweglichkeit frei, um im Raum umherzublicken. Die Auflagefläche von Arme, Rumpf und Beine wird dabei immer kleiner. Der Säugling drückt sich vom Unterarmstütz höher, wobei nur noch die Hände das Gewicht des Körpers stützen. Sein Gesichtsfeld vergrößert sich dabei nach oben. Er kann diese Position jederzeit wieder verlassen und sich in Bauch- oder Rückenlage ausruhen.

Der Wechsel zwischen Rücken und Bauchlage findet immer häufiger statt, zunächst vor und zurück, was Pikler mit „Wälzen“ beschreibt. Später geschieht dies fortlaufend, der Säugling entdeckt das Rollen. Es erlaubt dem Säugling großräumige Platzwechsel vorzunehmen. Ausgangspunkt und Endziel sind für den Säugling zunächst überraschend und werden sehr rasch zielgerichtet eingesetzt um beispielsweise einen Gegenstand zu erreichen, der außerhalb der Reichweite ist. Eine weitere Bewegungsform in der Bauchlage ist das Kreisrutschen. Dabei bleibt der Körpermittelpunkt konstant, der Säugling dreht sich dabei wie ein Uhrzeiger um seine Körpermitte, was gerade noch vorne war, ist im nächsten Moment hinten, der Raum kann somit perspektivisch um 180° erweitert werden.

- Entwicklungsverlauf des Kriechens auf dem Bauch bis zum Krabbeln auf Knien und Händen

Durch Dehnen und Strecken des gesamten Rumpfes und durch das beginnende Einstemmen der Beine in die Unterlage gelingen dem Säugling seine ersten Vorwärts(rutsch)versuche, die Pikler als Kriechbewegungen¹⁵ bezeichnet. Ab diesem Zeitpunkt beginnt das Kind sich fortzubewegen. Für all diese Bewegungen verwendet der Säugling mehrere Wochen, wenn

¹⁵ Das Kriechen wird in der Literatur häufig auch als „Robben“ bezeichnet (Pikler 1988, 198f).

nicht Monate. Oftmals zeigt ein Kind eine neue Bewegung, dann längere Zeit gar nicht, bevor es auf diese neue Form wieder zurückkommt, um sie in das gewohnte Bewegungsverhalten zu integrieren und zu perfektionieren.

Nach dem Kriechen folgt das Krabbeln auf Händen und Knien. Der Bauch wird von der Unterlage abgehoben, das Gewicht auf Hände und Knie verteilt. Das Kriechen gefolgt vom Krabbeln auf Händen und Knien beschreiben die ersten Fortbewegungsformen in der horizontalen Ebene. Unter Krabbeln auf Händen und Knien versteht die Autorin nicht nur die Fortbewegung auf ebenen Untergrund, sondern ebenso auf unebenem Gelände sowie das Hinauf- und Hinunterkrabbeln von Treppen.

- Entwicklungsverlauf des Sich-Aufsetzens

Etwa zur gleichen Zeit erlernt das Kind, wenn es sich aus der Bauchlage hochstützt und das Gewicht dabei zur Seite verlagert, dass es dabei in eine Position gelangt, die man als Seitsitz bezeichnet. Dabei bleibt der Kopf von der Unterlage abgehoben, beide Hände (Arme) dienen zum Abstützen. Das Kind kann diese Position jederzeit variieren und sich ebenso wieder auf der Unterlage legen. Aufgerichtet in den Seitsitz bilden die Beine eine breite Unterstützungsfläche, das Kind achtet dabei, dass es sein Gleichgewicht gut halten kann. In der Folge lassen sich viele Variationen des Sitzens beobachten: freies Sitzen, Sitzen mit und ohne Abstützen, Beine nach links oder rechts geschlagen oder nach vorne gestreckt und andere.

- Entwicklungsverlauf des Aufstehens

Verlässt es den Sitz wieder in Richtung Knie- Händestütz, hat es mehrere Möglichkeiten. Entweder es nutzt diese Position um sich fortzubewegen oder es verlagert das Gewicht auf beide Unterschenkel und richtet dabei den Oberkörper auf. Es hält sich dabei mit beiden Händen fest und zieht sich hoch in den Kniestand. Bauchlage, seitlicher Ellbogenstütz, seitlich abgestützter Sitz bis hin zum Kniestand bezeichnen hier die ersten Stadien der Bewegungsentwicklung in der Vertikalen.

Das Kind zieht sich hoch in den Kniestand, es kann diesen wieder verlassen indem es sich zurücksetzt oder sich weiter hochzieht in den Stand. Dabei wird mal der rechte oder der linke Fuß vermehrt belastet, das Gewicht des Körpers noch zum überwiegenden Teil mit den Armen hochgezogen. Das Stehen übt das Kind über längere Zeit, es muss sich dabei immer

weniger festhalten, es beginnt die ersten Schritte seitwärts zu setzen, immer noch mit Unterstützung von Gegenständen und Möbeln, die nicht verrutschen. Die Bewegungsabfolge in die Vertikale erfolgt Stück für Stück. Obwohl es bereits große Freude an der neuen Aussicht gewonnen hat, bleibt die bevorzugte Position zum Spielen am Boden, auf dem es bereits sicher ist und die Hände zum Spielen frei hat.

- Vom freien Aufstehen bis zum freien Gehen

Allmählich braucht das Kind keine Gelegenheit mehr um sich festzuhalten, sondern richtet sich aus der Krabbelposition über den Bärenstand auf zum Stand, das Kleinkind steht nun das erste Mal frei. Es kann sein Gleichgewicht ohne Hilfe seiner Hände verlagern, es macht die ersten freien Schritte. Bei der geringsten Unsicherheit wird es sofort wieder die Nähe des Bodens suchen und sich über die Hocke oder den Bärenstand auf Knie oder Gesäß setzen. Solange das Gehen noch nicht sicher genug erscheint, wird es zur Fortbewegung weiterhin krabbeln.

Pikler verzichtet bewusst darauf, sowohl die graphische Tabelle als auch die Beschreibung der freien Bewegungsentwicklung mit altersgemäßen Zahlen zu versehen, da sie der Qualität der Bewegungsübergänge zu immer neuen Entwicklungsschritten den weitaus höheren Stellenwert beimisst. Bei den Untersuchungen der Bewegungsentwicklung in Lóczy kommen diese Übergangsbewegungen gesetzmäßig vor und bilden daher einen integralen Bestandteil der organischen Entwicklung. Die Daten der erhobenen Entwicklungsprotokolle liefern folgende Aussage: Die Abweichungen vom durchschnittlichem Entwicklungsalter nehmen im Laufe der Entwicklung zu. "Während für den Zeitraum des Drehens auf die Seite die Standardabweichung $\pm 4,6$ Wochen,....ist, beträgt sie beim Erscheinen des sicheren Gehens ± 12 Wochen, im Ganzen 24 Wochen, also annähernd ein halbes Jahr" (Pikler 1988, 38).

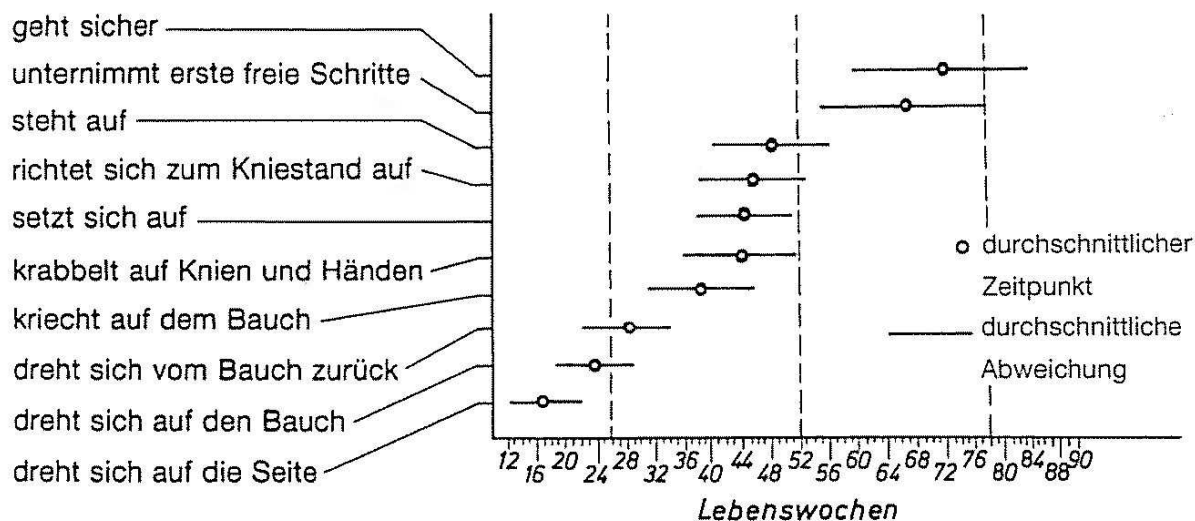


Abb. 2: Die charakteristische Phase, in der die genannten Bewegungen bei Kindern mit normalem Geburtsgewicht, erscheinen (Aufgrund der Daten von 591 Kindern; Pikler 1988, 37).

Während die meisten Entwicklungsschritte auch in anderen Entwicklungstabellen genannt werden, gibt es in den Protokollen von Lóczy zusätzliche Positionen und Bewegungen, die gesetzmäßig erscheinen, wie z.B. den Kniestand. Die Kinder richten sich regelmäßig zum Kniestand auf, spielen in dieser Position, einige benützen diese Position um sich fortzubewegen. Andererseits werden Entwicklungsschritte wie "Sitzen mit Hilfe", "Stehen mit Hilfe" oder "Gehen mit Hilfe" gar nicht erwähnt, da sie nicht Ausdruck des autonomen Entwicklungsgeschehens sind, und den Kindern somit gar nicht angeboten werden.

Bei ihren zusammenfassenden Ausführungen beschreibt Pikler, dass Kinder, die selbständig in ihren Wachphasen zwischen verschiedenen Positionen und Übergangspalten wählen können, diese stets harmonisch und mit guter Koordination ausführen. Die Bewegungen sind kontrolliert und umsichtig, beim Üben zahlreicher Variationen entwickeln sie große Geschicklichkeit. Bei noch ungeübten Bewegungen sind sie vorsichtig und bringen sich dabei nie in Gefahr. Sie wählen frei zwischen aktiver Phase und Ruhe- oder Erholungsphase (Pikler 1988, 61; 69f).

3.3 Die Bedeutung der selbständigen Bewegungsentwicklung für das Kind

Dem Konzept Piklers sind zwei grundlegende Blickwinkel zu entnehmen. Der eine beschreibt die Bedeutung der selbständigen Bewegungsentwicklung aus der Sicht des Kindes, der andere die Position des Erwachsenen, der die Bewegungsentwicklung seines Kindes begleitet. Die folgende Beschreibung wird daher diese beiden Aspekte getrennt darstellen, obgleich ein und derselbe Entwicklungsverlauf damit beschrieben wird.

Wird das Kind in achtsamer, beziehungsvoller Weise versorgt, ist es in aller Regel zufrieden. Pikler vertrat die Ansicht, dass ein Kind nicht nur in dieser besonderen Zeit der ungeteilten Aufmerksamkeit durch intensives Zusammensein während der Pflege fähig ist, sich eigenaktiv zu betätigen und ohne Schwierigkeiten dem Erkunden seiner selbst und seiner Umwelt hinzugeben, sondern auch in Zeiten, in denen die Bezugsperson nicht unmittelbar verfügbar ist. In einem bestimmten Rahmen (Hör- und Sehweite der betreuenden Bezugsperson) und unter der Voraussetzung einer gefahrenlosen, der Entwicklung des Kindes entsprechenden Umgebung, kann das Kind eigene Aktivitäten in der Bewegung und dem Spiel erforschen.

3.3.1 Die Freude an der Bewegung

Emmi Pikler versuchte darzustellen, dass „selbständige Bewegungsentwicklung“ mehr leisten kann, als nur den Zuwachs körperlicher Fähigkeiten. Die zahlreichen Beobachtungen der Kinder im Lóczy haben gezeigt, dass der Säugling während der Zeiten, in denen er durch kleine und immer größer werdende Herausforderungen mit dem eigenen Körper umgehen lernt, Freude verspürt und diese auch zeigen kann.

Kinder, die eigenständig eine Position gelangen und diese ebenso wieder verlassen können, freuen sich in jeder Entwicklungsstufe über ihre Fertigkeiten. Wenn sie eine neue Bewegung erproben und die Lösung nicht gleich gelingen will, so bleiben sie geduldig und erfinden immer wieder neue Möglichkeiten um ihrem Ziel nahezukommen. So sie ihr selbst gestecktes Ziel erreichen, erfüllt sie ihr Erfolg sichtlich mit Freude. Sie lenken die Aufmerksamkeit ihrer Umwelt (der anwesenden Bezugsperson) auf ihr Tun, die ihre kleinen Experimente mit Anerkennung und Freude begleiten. Das Kind erwartet den direkten Eingriff (das Helfen) des Erwachsenen nicht, es ist gewohnt, dass es eigenverantwortlich ist. Jedoch möchte es die Freude über das Gelungene mit jemandem teilen. Die gemeinsame Freude und die Anerkennung

durch die Mutter oder eine andere Bezugsperson gibt dem Kind Sicherheit und Zuversicht für weitere Unternehmungen (Pikler 1988, 66).

3.3.2 Selbständige Aktivität macht zufrieden

Eines der wichtigsten Prinzipien in Piklers pädagogischem Konzept im Umgang mit Kindern in den ersten Lebensjahren war das Prinzip der „Selbständigkeit“ bei der Bewältigung neuer motorischer Aufgaben. Sie war der Ansicht, dass „Bewegung“ dem Säugling nicht beigebracht werden muss. Die Voraussetzung für die Entwicklung der Fortbewegung bzw. der Aufrichtung gegen die Schwerkraft besteht vielmehr in der Eigeninitiative des Kindes und der Fähigkeit des betreuenden Erwachsenen, dies zu ermöglichen.

Die Kinder im Loczy können sich in ihrer wachen Zeit völlig autonom bewegen, wählen während dieser Zeit vielfältige Positionen und wechseln diese häufig. Dies begünstigt eine gute Koordination, in der sich höher entwickelte Stufen der Bewegungsentwicklung ausbilden können. Damit verbunden, wächst das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Dies stärkt nicht nur das Selbstvertrauen sondern steigert auch die Selbständigkeit, sowohl im Spiel als auch bei der Bewältigung von Alltagssituationen. Dies schafft eine gute emotionale Situation für das Kind, in der es sich wohlfühlt und zufrieden ist (Pikler 1988, 70f). Die Freude und die Zufriedenheit bei eigen initiiertem Bewegung, die das Kind erlebt, kann es immer wieder neu schaffen; es ist dabei nicht direkt auf die Unterstützung eines Erwachsenen angewiesen, sehr wohl jedoch auf dessen Aufmerksamkeit und Anerkennung, welche ihm zeigt, dass das, was es gerade tut, wertvoll ist. In diesem Sinne meint Pikler, dass die Bewegungsentwicklung einen beachtlichen Beitrag für die *Persönlichkeitsentwicklung des Kindes* und für das *Zusammenleben von Mutter und Kind* leistet.

3.3.3 Im Umgang mit dem eigenen Körper lernt das Kind auch das „Lernen“

Wie bereits in Kapitel 3.1 angesprochen, ist die motorische Entwicklung der frühen kindlichen Entwicklung ein mehrdimensionaler Prozess, der nicht nur auf die Funktion des „Bewegens“ oder „Fortbewegens“ beschränkt bleibt; die Erfahrungen, die das Kind dabei sammelt, wirken sich auch auf die übrigen Prozessbereiche aus. „In allen menschlichen Handlungs- und Verhaltensweisen ist Bewegung, also Motorik, aufgehoben. Bewegung, immer in Verbindung mit dem ganzen Körper, vermittelt Wahrnehmung, den Bezug zur Welt, ist der Schlüssel zu

Kognitiven, zu inneren Prozessen verschiedener Art“ (Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 198).

Pikler hat in ihren Beobachtungen der Bewegungsentwicklung auch immer wieder beschrieben, wie das Kind bei seinen Versuchen im Umgang mit dem eigenen Körper Erfolge und Misserfolge erlebt. Nicht jede motorische Aktion ist von Erfolg gekrönt, je nach Neugierverhalten und Motivation des Säuglings wird er sein Bemühen fortsetzen oder aber sich auf bekanntes „Terrain“ zurückziehen.

Jean Piaget, (1896–1980), ein Schweizer Entwicklungspsychologe und Begründer der Kognitiven Entwicklungstheorie, hatte eine sehr ähnliche Auffassung über das Kleinkind in den ersten beiden Lebensjahren. Er beschrieb das Kind als ein neugieriges, schöpferisches und entdeckungsfreudiges Wesen, das mit einem stets vorhandenen Beschäftigungsdrang seine Umwelt erkundet, und mit fortlaufender Entwicklung immer vielfältigere Möglichkeiten ausbildet um diese zu „begreifen“.

Historisch gesehen lebten Pikler und Piaget zur selben Zeit, in der sie ihre Forschungsergebnisse niederschrieben. Beide erhielten ihre Befunde aufgrund von zahlreichen Beobachtungen, allein das Forschungsinteresse war unterschiedlich. Während Pikler den Fokus ihrer wissenschaftlichen Forschung auf die Bewegungsentwicklung legte, beschäftigte sich Piaget mit der Frage nach der Intelligenzentwicklung. Für Piaget nahm die kognitive Entwicklung ihren Ausgang in der handelnden Auseinandersetzung mit der Umwelt. In seinem Model zur Entstehung der Intelligenz¹⁶ bildet die **sensumotorische Phase** in den ersten beiden Lebensjahren gleichsam die Basis für höhere Denkprozesse¹⁷. Er sprach dabei dem Kind eine „selbstgestalterische“ Rolle zu, das Wissen nahm analog zu den wachsenden motorischen Fähigkeiten zu.

Die theoretischen Überlegungen Piaget´s sind für das Konzept der selbständigen Bewegungsentwicklung insofern von Bedeutung, als er belegt, wie wichtig motorische Erfahrungen in den ersten beiden Lebensjahren für den Verlauf der weiteren Entwicklung sind. Wichtige Voraussetzungen für eine ungestörte Entwicklung sind für Pikler altersgerechten Anforderungen wie adäquatem Raum- und Spielangebot. Werden dem Kind zu früh oder zu hohe Erwartungen seitens der Eltern an den Säugling aufgedrängt, so kommt es zu einer Überforderung

¹⁶ Die Entwicklung der Intelligenz und des Denkens vollzieht sich nach Piaget in 5 Stufen (Petermann, Niebank, Scheithauer 2007, 122ff)

¹⁷ Nach Mietzel (2003, 79) setzt sich der Ausdruck „sensumotorische“ Phase aus den beiden Begriffen „sensu“ (das Kind sammelt Erfahrungen mit seinen Sinnesorganen) und „motorisch“ (bezieht sich auf den Bewegungsapparat) zusammen, das Kind lernt Sinneserfahrungen mit dem eigenen Körper zu verknüpfen.

des Säuglings. Eine Weiterentwicklung findet jedoch nur unter entwicklungs- bzw. altersgerechten Lernbedingungen statt. Gegen Ende des 2. Lebensjahres entwickelt das Kind ein symbolisches Verständnis, es kann bereits in seiner Vorstellung probehandeln, die Bedeutung des rein körperlichen Zugangs zu seiner Umwelt wird somit von einer neuen Form des Denkens überlagert.

3.3.4 Größere Selbständigkeit wirkt sich positiv auf die Beziehung von Mutter und Kind aus

Wenn Pikler meint, der „in aller Regel gut versorgte Säugling“ kann sich *selbständig* beschäftigen, so bedarf es hier einer konstanten Bezugsperson, welche die Fähigkeiten und Vorlieben des Kindes kennt. Neugierde und explorierendes Verhalten sind bei jenen Kindern gut ausgeprägt, die sich in einer sicheren Bindung zu ihrer Bezugsperson befinden. Rauh (2008, 211) beschreibt, dass das Distanzverhalten von etwa 12 Monate alten Kindern im direkten Zusammenhang mit der emotionalen Gebundenheit steht. Je sicherer gebunden ein Kind ist, umso „unternehmungslustiger“ ist es und umso sicherer sind seine Bewegungen.

Das Kind, das es gewohnt ist in Spiel und Bewegung eigenaktiv zu sein, braucht die persönliche Unterstützung der Bezugsperson viel seltener als andere Kinder. Die Anwesenheit und Aufmerksamkeit des Erwachsenen sind zwar von Bedeutung, jedoch nicht in Form von physischer Unterstützung. Das schafft der Mutter, der anwesenden Bezugsperson, zeitlich gesehen Freiräume, in denen sie auch Erholung findet, was sich wiederum positiv auf die Beziehung von Mutter und Kind auswirkt (Pikler 1988, 70). Die Selbständigkeit bzw. „Nicht-Abhängigkeit“ des Kindes zwingt die Mutter nicht in die Situation ständiger Verfügbarkeit, was zu einer echten Entlastung ihrerseits beiträgt.

3.4 Die Rolle des Erwachsenen in Bezug auf die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes

Wie bereits mehrfach erwähnt, spricht sich Pikler gegen den direkten Eingriff in das motorische Entwicklungsgeschehen aus. Der Erwachsene leistet nicht Hilfe, indem er das Kind aufsetzt, es an der Hand führt oder mit ihm Bewegungen „übt“, die Aufgabe des Erwachsenen versteht Pikler als indirekte Unterstützung. Die Herausforderung für die Eltern, die Bezugsperson, die die motorische Entwicklung des Kindes positiv unterstützen wollen, liegt viel mehr darin, die Voraussetzungen für das Kind zu schaffen, dass Bewegung aus eigener Initiative möglich ist.

3.4.1 Beziehungsvolle Pflege als Voraussetzung für die selbständige Aktivität des Kindes

Damit sich das Kind interessiert und eigenaktiv der Außenwelt zuwenden kann, bedarf es einer guten, tragfähigen Beziehung zu seiner Bezugsperson. Wie bereits in Kap.1 unter den Prinzipien des Piklerkonzepts besprochen, kommt hier der täglichen Pflege ein besonderer Stellenwert zu. Die Pflegesituation findet immer wieder am gleichen Ort, zu regelmäßigen Zeiten statt. Hier entsteht eine Art Rhythmus, der dem Kind schon sehr bald vertraut sein wird, die Regelmäßigkeit der (Bewegungs-) Abläufe ist für das Kind rasch nachvollziehbar. Die Handlungen und Handgriffe der Pflegesituation sind so organisiert, dass schon der ganz junge Säugling aktiv daran teilnehmen kann. Jede dieser Handlungen wird sprachlich begleitet. Die Mutter wartet jeweils die Reaktion des Kindes ab, schon sehr bald wird sie merken, dass ihr Kind sich aktiv an der Situation beteiligt.

3.4.2 Das Beobachten des Kindes

Als besondere Fähigkeit des Erwachsenen versteht Pikler das Beobachten. Es mag ungewöhnlich klingen, einem hilflosen Säugling lediglich zuzusehen anstatt hinzugreifen, und ihm die Rassel oder einen anderen Gegenstand in die Hand zu geben. Im „Lóczy“ gilt das Beobachten der Kinder als wichtige Voraussetzung im Umgang mit dem Kind. Der Erwachsene nimmt dabei das Kind, dessen Reaktionen auf die Umgebung und auf andere Kinder gleichermaßen wahr. Mit innerer Anteilnahme verfolgt er die Aktivitäten des Kindes, das Bemühen und die Kreativität im Umgang mit dem eigenen Körper. Es bedeutet, dass man nicht nur sieht, was das Baby gerade tut und kann, sondern auch, dass man erlebt wie es an eine neue Herausforderung herangeht und diese löst. Dieses „Einfühlen“ in die körperliche Fähigkeit zeigt dem Erwachsenen was sein Kind zum gegenwärtigen Zeitpunkt gerade *kann*, wofür er sich *interessiert* und wohin seine Aufmerksamkeit gelenkt wird. Erst wenn es der Bezugsperson gelingt, sich von der Vorstellung zu lösen, was ein Kind in seinem Alter schon alles können sollte, wird es die Freude über ein eigenständig gelöstes Problem (z.B.: ein Hindernis im Raum überwinden, einen weiter weg liegenden Gegenstand durch Lageveränderung erreicht zu haben) mit dem Kind teilen können (Gerber, Zit. nach Pikler 2005, 147f, Bürgel 2004, 68).

Gerber (Zit. nach Pikler ebd.) stellt dar, dass viele Eltern diese Eigenschaft erst lernen müssen; in der Gesellschaft gelte es als wesentlich tugendhafter, aktiv zu sein. Sich hier explizit

zurückzunehmen und dem Kind die angemessene Zeit und Aufmerksamkeit zu geben, verlange ein hohes Maß an Geduld. Gelingt es jenen Eltern ihrem Kind auf diese Art und Weise respektvoll zu begegnen, so wird sich dies auch positiv auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirken. Wird in der Folge von entwicklungsgerechten Anforderungen gesprochen, so ist es für den Erwachsenen wichtig zu wissen, wo sich das Kind in seiner individuellen Entwicklung gerade befindet und welche Vorlieben es gerade hat.

3.4.3 Bereitstellen der vorbereiteten Umgebung

Die Gestaltung der vorbereitenden Umgebung beruht auf genauer Beobachtung der Fähigkeiten des Kindes. Der Raum, das Platzangebot, das dem Kind zu Verfügung gestellt wird, soll der Entwicklung des Kindes angemessen sein. Zum Einen soll der Raum groß genug sein, dass weitere, nächst höhere Entwicklungsschritte möglich sind, zum Anderen darf der Raum nicht zu groß sein. Die Grenzen des Platzangebotes müssen für das Kind nachvollziehbar bleiben, die Sicherheit muss gewährleistet sein. Es liegt am Erwachsenen, den Wohnraum derart zu gestalten, dass sich das Kind entsprechend seinem Entwicklungsstand bewegen kann. Gleichzeitig sollte das Kind auch immer Spielmaterialien vorfinden, die seinem Alter entsprechen. Der Erwachsene greift nicht ein oder vor, er bringt das Kind zu keiner Zeit in Positionen, die es von sich aus noch nicht einnehmen kann.

Pikler erwähnt ausdrücklich, dass die Beschaffenheit der Kleidung sowohl vor- als auch nachteilig sein kann. Die Kleidung sollte viel Bewegungsspielraum zulassen, sobald das Kind frei gehen kann sollte es möglichst oft Gelegenheit zum barfuss gehen haben, das Klettern und Überwinden von unebenem Gelände ist ohne Schuhe vorteilhafter.

Die genaue Darstellung des chronologischen Verlaufes der freien Bewegungsentwicklung und der Voraussetzungen, die das Kind dafür braucht, dient bereits dem darauffolgenden Kapitel, das sich mit dem „sich langsam entwickelnden Säugling“ befassen wird. Piklers chronologischer Bewegungsablauf gilt sowohl für die ungestörte Entwicklung reif geborener Kinder als auch für das entwicklungsverzögerte Kind. Die Rolle des Erwachsenen wird in der Folge erweitert um die Position der Physiotherapeutin und anderer therapeutischer Professionen, die an der Förderung der motorischen Entwicklung beteiligt sind. Gerade für diese Berufsgruppen ist die genaue Kenntnis der frühkindlichen Entwicklung wichtig. Die Rolle der Therapeutin soll im folgenden Kapitel erörtert werden.

4 Die Weiterentwicklung des Piklerkonzepts in der Arbeit mit entwicklungsverzögerten Kindern

Piklers Studie über die selbständige Bewegungsentwicklung bezog sich in erster Linie auf gesunde, reif geborene Säuglinge. Bereits da zeigten sich große zeitliche Unterschiede im Erscheinen neuer motorischer Fähigkeiten. Unter den 722 untersuchten Kindern waren auch 119 frühgeborene Kinder (Pikler 1988, 39). Bei diesen Kindern zeigte sich beispielsweise, dass jene mit einem Geburtsgewicht zwischen 2100 und 2500 Gramm eine annähernd konstante Entwicklungsverzögerung von vier bis sechs Wochen aufwiesen. Im Schnitt drehten sich diese Kinder sechs Wochen später vom Rücken auf den Bauch und machten ihre ersten freien Schritte etwa drei Monate später als Kinder mit einem Geburtsgewicht über 2500 Gramm (Falk 2008, 20).

Pikler ist der Überzeugung, dass die Prinzipien, die sie für die motorische Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren formulierte, für das „sich langsam entwickelnde Kind“ ganz besonders gelten müssten. Bei den sich langsam entwickelnden Kindern gelte es noch viel mehr die kleinen und kleinsten Veränderungen in Erproben mit dem eigenen Körper zu berücksichtigen. Sie hält die „Übergangspositionen“ für besonders wesentlich, da sie die Vorstufe zu neuen Positionen oder Formen der Fortbewegung darstellen, und für das „langsame Kind“ eine zuverlässige Form des sicheren Übens darstellt.

Gleichzeitig beobachtete sie jedoch sehr oft, dass je größer der Abstand eines „sich langsam entwickelndem Säuglings“ zu seinen Altersgenossen war, die Reaktion der Erwachsenen eher die gegenteilige war und mit dem Kind intensiv jene Positionen und Bewegungen geübt und forciert wurden, die zu erlangen laut Entwicklungstabelle gerade an der Zeit wären (Pikler 1988, 117).

Gerade diese Form der Intervention gelte es bei diesen Kindern aber zu vermeiden, Bewegungen, zu denen sie selbst noch nicht imstande sind, können sie in der Folge nur mangelhaft und unsicher ausführen. Das Ergebnis ist eine unsichere Koordination, das Fehlen der Gefahreinschätzung, und das Kind verliert die Freude am selbst gewählten Tun.

Die Prinzipien, wie sie bereits in Kapitel 2 und 3 für das sich „normal“ entwickelte Kind ausgeführt wurden, gelten in der Begleitung eines entwicklungsverzögerten Kindes noch viel mehr. Die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Faktoren wie ausreichend Raum und Zeit, eng verbunden mit einer konstanten Bezugsperson, mit der das Kind emotional verbunden ist,

die genau um seinen aktuellen Entwicklungsstand weiß und die geeignete Umgebung dafür bereithält, gilt hier einmal mehr.

Monika Aly (Physiotherapeutin und Vorsitzende der Pikler Gesellschaft Berlin) und Judit Falk (Kinderärztin, Pädagogin und langjährige Mitarbeiterin des Pikler-Instituts Budapest, das sie in den Jahren 1979-1991 auch leitete) nahmen sich besonders der Frage an, welche Bedeutung das Piklerkonzept für Kinder, die in ihrer Entwicklung bedroht sind, bedeuten kann.

4.1 Beurteilung des entwicklungsverzögerten Kindes anhand des Piklerkonzepts

Wird hier in der Folge immer wieder vom „entwicklungsverzögerten“ Kind gesprochen, so soll der Begriff auch geklärt werden:

„Von einer Entwicklungsverzögerung wird dann gesprochen, wenn das chronologische Alter eines Kindes seinem Entwicklungsalter voraus ist. Es befindet sich trotzdem auf dem Entwicklungspfad, unterscheidet sich also nicht von jüngeren, normal entwickelten Kindern. Gegenüber Kindern seiner Altersstufe weist es in ein oder mehreren Bereichen ein Entwicklungsdefizit auf“ (Petermann, Niebank, Scheithammer 2004, 299).

Im Gegensatz dazu zeigen Kinder mit einer „Entwicklungsabweichung“ ein Verhalten, das bei einem Kind mit normalem Entwicklungsverlauf in keinem Alter beobachtet werden kann. In seltenen Fällen kann eine Entwicklungsverzögerung das erste Anzeichen für eine bestehende Entwicklungsstörung (-abweichung) darstellen (Petermann, Niebank, Scheithammer 2004, ebd.).

Judit Falk, langjährige ärztliche Mitarbeiterin Emmi Piklers, kritisiert den problematische Einsatz von Entwicklungstabellen und die Vorgabe durch Normtabellen (Falk 2008, 16). Das Kind, das sich motorisch langsam entwickelt, wird durch die Beurteilung anhand dieser Tabellen, wie sie in der motorischen Entwicklung herangezogen werden, auf jene motorischen Ereignisse reduziert, welche verspätet oder gar nicht erscheinen. Diese Tabellen sind zeitlich knapp gefasst, sie dokumentieren nicht den selbständigen Bewegungsverlauf, stattdessen beurteilen sie auch Eigenschaften, die die direkte Unterstützung des Erwachsenen verlangen (z.B. Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik: „Gehen an den Händen gehalten“). Wie bereits mehrfach erwähnt, lehnen Vertreter der Piklerpädagogik dieses Verhalten ab.

Viele Eltern haben ein „Normverständnis“ in Bezug auf die motorische Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren, das die zeitliche Bandbreite des Erscheinens vernachlässigt, viel eher wird die Entwicklung dann zufriedenstellend bewertet, wenn das Kind die motorische Eigenschaft zum Termin oder sogar früher erreicht. Die Einstellung, dass eine rasche motorische Entwicklung auch den Voraussetzungen für eine leistungsorientierte Zukunft entspricht, scheint in der Gesellschaft akzeptiert. Die Meilensteine der Entwicklung, wie sie in solchen Tabellen angeführt werden, gelten somit als vermeintliche Erziehungsziele (Falk 2008, 15).

Auch in der Entwicklungswissenschaft wird die Trennung zwischen „Normalität“ und „Abweichung“ als nachteilig für das Verständnis der Gesamtentwicklung beschrieben. Die sogenannte „normale Entwicklung“ gäbe es eigentlich nicht, viel treffender wäre die Bezeichnung der interindividuellen Norm (Petermann, Niebank, Scheithammer 2004, VII).

Wird die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern in der oben beschriebenen Form beurteilt, so werden am langsam entwickelnden Kind zunächst lediglich die Defizite sichtbar, sein aktuelles Können und Interesse werden nicht beachtet, das Kind wird in seinen Fähigkeiten nicht wahrgenommen. Stattdessen werden Überlegungen angestellt, in welcher Weise die Defizite aufgeholt werden können, welche Form der Intervention notwendig ist, um die Entwicklung dahingehend zu beschleunigen, damit der Anschluss an die Norm gefunden wird.

Dem Kind wird auf diese Art das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten entzogen. Das, was es tatsächlich kann, wird nicht wertgeschätzt, stattdessen erlebt es die Eltern als ungeduldig, besorgt oder enttäuscht.

Monika Aly und Judit Falk lehnen daher die herkömmlichen Methoden der Entwicklungsdiagnostik ab. Der Untersuchungsprozess, wie er in den Einrichtungen der Pikler Gesellschaft Berlin seit vielen Jahren praktiziert wird, orientiert sich eng an der bereits beschriebenen Arbeitsweise von Emmi Pikler¹⁸. Dabei wird das Kind in einer möglichst angenehmen und anregenden Atmosphäre beobachtet. Dokumentiert werden die Bewegungen und das Spielverhalten des Kindes, das es von sich aus zeigt. Es kommt zu keinerlei motivierenden Maßnahmen, die eine Reaktion erwarten lassen (wie etwa bei der reflexorientierten Untersuchung nach Vojta, Lagereaktionen) (Aly 2008a, 65).

¹⁸ Das diagnostische Setting wurde von Monika Aly (Berlin) in Zusammenarbeit mit Anna Tardos (Budapest) entwickelt. Dabei wurde das Piklerkonzept dahingehend adaptiert, dass es sowohl für die Diagnostik als für die Therapie entwicklungsverzögerter und behinderter Kinder angewandt werden kann (Aly 2008b, 34).

Die Pikler-Diagnostik ist eine differenzialdiagnostische Form der Beobachtung, bei der das Kind in einer seinem Alter entsprechenden vorbereitenden Umgebung beobachtet wird. Die Herausforderung besteht darin, den Raum so zu gestalten und geeignetes Spielmaterial zu Verfügung zu stellen, dass das Kind eigenaktiv werden kann. Gleichzeitig werden die Eltern über die bisherige Entwicklung des Kindes befragt, wie sie im Alltag mit dem Kind zurecht kommen und ob sie Auskunft darüber geben können, welche Bewegungsformen ihr Kind bereits zeigt oder in welchen Positionen es sich bevorzugt aufhält um zu Spielen oder einen Gegenstand zu untersuchen. Das Gespräch mit den Eltern soll klären, in welchen Bereich der Bedarf einer möglichen therapeutischen Unterstützung besteht und wie die Eltern die Entwicklung ihres Kindes einschätzen und möglicherweise besser unterstützen können. Oftmals zeigt sich dabei, dass die Eltern in übertriebener Sorge um die Entwicklung ihres Kindes sind. Das gemeinsame Beobachten und Benennen der differenzierten Fähigkeiten ihres Kindes bilden hier schon eine erste Entlastung.

Die Beobachtung des Kindes bietet so eine Möglichkeit der Einschätzung des aktuellen Entwicklungsstandes des Kindes und ein mögliches Benennen des aktuellen Interesses des Kindes. Das Kind selbst zeigt, woran es gerade Freude im Umgang mit dem eigenem Körper hat und welcher mögliche Entwicklungsschritt als nächstes folgen wird. Ist die Entwicklung eines Kindes verlangsamt, so ist das differenzierte Benennen auch kleiner Schritte für Eltern hilfreich und trägt zum besseren Verständnis zwischen Mutter und Kind bei.

Wird bei einem Kind eine tatsächliche Entwicklungsverzögerung festgestellt, so geht dem oft schon eine Phase großer Sorge und Unsicherheit seitens der Eltern voraus. Es sind meist die Eltern, die als Erster bemerken, dass sich ihr Kind im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern nicht so rasch entwickelt. Es ist für Eltern schwer zu beurteilen, was ist noch normal und was nicht mehr.

4.2 Die Sorge der Eltern um die Entwicklung ihres Kindes

Manche Eltern müssen sich in der Zeit vor, während oder nach der Geburt schwierigen Fragen und Situationen stellen. Während der Schwangerschaft können Probleme bei Mutter oder Kind eintreten, möglicherweise verläuft die Geburt nicht komplikationsfrei oder das Kind hat nach dieser Anpassungsschwierigkeiten. So beginnt das erste Kennenlernen von Mutter (Vater) und Kind unter dem Eindruck zusätzlicher Belastung und Sorge um das Wohlergehen desselben (Aly 2002, X f). In Anschluss an die „Startschwierigkeiten“ folgen zumeist viele

Untersuchungen um eine klare Diagnose und eine sichere Beurteilung der Entwicklungschancen des Kindes treffen zu können. In den frühen Lebenswochen-, Monaten ist es äußerst schwierig zu einer genauen Einschätzung der Entwicklung oder möglicher, bestehen bleibenden Folgen, der oben genannten Schwierigkeiten zu treffen. Viele Eltern entscheiden sich in dieser Phase (auch aufgrund ärztlicher Empfehlung) möglichst früh und möglichst intensiv Therapie (zumeist Frühtherapie im Rahmen der Physiotherapie) erscheint in Anspruch zu nehmen. Es besteht jedoch die Gefahr, mit übertriebenem Therapieaufwand, die eigentlichen Bedürfnisse des Kindes zu vernachlässigen und nachteilig in das Entwicklungsgeschehen des Kindes einzugreifen. Die Therapie (so sie angezeigt ist) muss immer adäquat gewählt werden, ein zuviel an Therapie nützt dem Kind keinesfalls, kann aber der Beziehung von Mutter und Kind schaden (Aly 2002, IX ff).

Förderung für das Kind kann für die Mutter und Kind auch Überforderung bedeuten. Die Idee, dass ein Entwicklungsrückstand eingeholt werden kann, rechtfertigt oftmals das intensive Intervenieren in die kindliche Entwicklung (Aly 2002, ebd.; Tardos 2008, 4).

Eltern eines entwicklungsauffälligen Säuglings bringen auch ihre eigenen Sorgen, Hoffnungen und Ängste mit in die Therapie (Untersuchung). Obwohl der Fokus der Behandlung beim Kind liegt, so kann/muss ein Teil der therapeutischen Arbeit auch den Eltern gelten. So können z.B. allzu große Sorgen relativiert werden, berechnete angesprochen und diskutiert werden (Aly 2002, XIV). Aly schreibt die Rolle der Beraterin (für die Eltern) ebenfalls der behandelnden Therapeutin des Kindes zu. Es stellt sich jedoch die Frage, ob diese den Anspruch der Beraterin erfüllen kann und welche Voraussetzungen diese bräuchte, um dahingehend geschult zu sein.

Das folgende Kapitel soll aufzeigen, inwieweit es möglich ist, das Piklerkonzept in die Arbeit funktioneller TherapeutInnen mit behinderten und entwicklungsverzögerten Kindern zu integrieren. In der Folge wird immer wieder von Therapie, insbesondere der Physiotherapie, gesprochen. Dies ist zumeist die Form der Intervention, die Eltern entwicklungsverzögerter Kinder angetragen wird. Die Beschreibung des Piklerkonzepts in Verbindung mit Therapie orientiert sich an der Arbeitsweise Monika Alys, die selbst Krankengymnastin¹⁹ ist.

In Hinblick auf den weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit nimmt die Physiotherapie einen wichtigen Stellenwert ein. Die im Forschungsteil interviewten Eltern entwicklungsverzögerter

¹⁹ Synonym für Physiotherapeutin, dieser Ausdruck wird in Deutschland häufiger verwendet.

Kinder teilen alle die Erfahrung der (physio-)therapeutischen Intervention; die Therapeutinnen kennen das pädagogische Konzept Emmi Piklers und integrieren es in ihre Arbeit.

4.3 Die Piklergesellschaft Berlin

Im folgenden Kapitel wird beschrieben, inwieweit die physiotherapeutische Praxis Alys durch das pädagogische Konzept Piklers beeinflusst wurde und welche Überlegungen dazu geführt haben, die Pikler Gesellschaft Berlin mit eigenen Ambulatorien zu gründen, in denen entwicklungsverzögerten und behinderten Kindern und deren Eltern Beratung, Diagnostik und Therapie angeboten wird.

4.3.1 Entstehung der Piklerambulatorien in Berlin

Monika Aly lernte 1982 Emmi Pikler bei einem Vortrag in Göttingen kennen. In der folgenden Zeit entfernte sich Aly von den bisher bekannten neurophysiologischen Behandlungsformen und versuchte das Prinzip der „Förderung“ neu zu definieren. Bei dieser Suche lernte sie 1982 die Grundsätze der Piklerpädagogik kennen, und änderte von da an ihre Arbeitsweise.

Bei einem Besuch im Lóczy lernte sie, wie konkret die Alltagsgestaltung für das Kind aussehen muss, damit es eigenaktiv handeln kann und wie genau Raum- und Spielangebot auf die Bedürfnisse jedes einzelnen Kindes abgestimmt werden müssen, damit es in seiner aktuellen Entwicklung gefordert wird. Die Fähigkeit des Erwachsenen lag nicht darin direkt an den Fähigkeiten des Kindes anzusetzen, sondern das Umfeld derart zu gestalten, damit es von sich aus „Normalität vermehren“ kann. Dieser Aspekt war/ist für alle Kinder gleich.

Aly lernte von Pikler die vielen kleinen Einzelheiten der selbständigen Bewegungsentwicklung zu beobachten, wie viele Variationen und Möglichkeiten ein Kind dabei erfährt und auch wie wichtig es ist, diesem aktiven, freudigen Tun mit respektvoller Haltung zu begegnen.

Aus den Begegnungen mit Milani²⁰ und Pikler entwickelte sich für Aly eine neue Arbeitsweise, bei der der Erwachsene (in diesem Fall die Therapeutin) auf die direkte Intervention verzichtet. Das „Üben“ bestimmter Positionen oder Bewegungen entsprach fortan nicht mehr dem Angebot in der Therapie, da das Kind mit künstlich aufgedrängten Ideen von außen keinen Zusammenhang mit den eigenen Interessen erstellen kann. Die Therapiestunden bestehen vielmehr darin, den Raum entsprechend des Bewegungsvermögens des Kindes vorzubereiten,

²⁰ Professor Adriano Milani Comparetti, Neuropädiater in Florenz, bei dem Aly 1978/79 hospitierte. Milani war einer der ersten Neuropädiater, der anhand von Beobachtungen zu seiner Einschätzung des Entwicklungsstandes eines Kindes kam.

indem es (Spiel-) Gegenstände vorfindet, die seinen kognitiven Fähigkeiten entsprechen und bei ihm Neugier auslösen. Die Hände der Therapeutin bleiben dabei hinter oder neben dem Kind zur Sicherheit, sie korrigieren jedoch nicht die Bewegungen des Kindes (Aly 2005, 4). „Am Wichtigsten ist es, sie (die Kinder, Anm. d. Autorin) bei ihren immer mutiger werdenden Bewegungsexkursionen zu begleiten und sie weiter zu ermutigen“ (Aly 2005, ebd.).

1980 gründete M. Aly gemeinsam mit Kolleginnen das erste Ambulatorium der Pikler Gesellschaft Berlin in einem nördlichen Berliner Arbeiterbezirk – als Stelle für medizinische, therapeutische, und psychologische Beratung behinderter Kinder und ihrer Eltern. Im Laufe der Jahre erweiterte sich die Anzahl der Ambulatorien, die sich jeweils aus einem interdisziplinären Team aus Krankengymnasten, Psychologen, Ärzten, Logopäden, Pädagogen, Beschäftigungstherapeuten u.a. zusammensetzen (Aly 2005, 49). Ein wichtiges gemeinsames Ziel der Mitarbeiter war die soziale Integration behinderter Kinder in ihrer Umgebung, weshalb Beratung und Therapie nicht nur in den Ambulatorien sondern auch in Kindertagesstätten (Kita) angeboten wurde.

Heute arbeitet Monika Aly in freier Praxis in Berlin und hält zahlreiche Seminare für interessierte Therapeuten, die mit behinderten Kindern arbeiten. Seit 1998 gibt es in Österreich eine Therapeutengruppe, bei der Monika Aly anhand von Videoanalysen die Form der Beobachtung gemeinsam mit den Therapeutinnen schult.

4.3.2 Die Rolle der Therapeutin und die Fähigkeit des Beobachtens

In den sozialpädiatrischen Ambulatorien der Pikler Gesellschaft Berlin gibt es ein multiprofessionelles Angebot für Eltern und Kind. Die Therapeutinnen unterscheiden sich zwar durch die Ausbildung in ihren Herkunftsberufen (vgl. 4.3.1), was aber alle Mitarbeiter eint, sind die Grundkenntnisse des Piklerkonzepts. So gelten für alle Disziplinen, die nach dem Piklerkonzept arbeiten, dass sie die entwicklungsphysiologischen Schritte der kindlichen Entwicklung kennen und respektieren.

Dies geschieht durch differenziertes Beobachten der kleinen und kleinsten Entwicklungsschritte am Kind. Das diagnostisch/therapeutische Setting, das dafür notwendig ist wurde bereits unter 4.1 besprochen. Das „Beobachten“ geschieht unter vier verschiedenen Blickwinkeln (Aly 2008, 65ff). Die Therapeutin beobachtet...

- das Temperament des Kindes: wie passt die emotionale Befindlichkeit des Kindes zu seinem beobachtbaren motorischen Verhalten, ist es mit dem, was es kann zufrieden oder nicht?

- die Bewegungsabläufe des Kindes: hier gilt besonders; nicht die Endpositionen, die nach dem Entwicklungskonzept „höchste Stufe“ des motorischen Verhaltens sind von primärem Interesse, sondern die Beobachtung der kleinen Schritte, die Variabilität in der Ausführung der einzelnen Bewegungen, was letztlich zu der Einschätzung der Bewegungsqualität führt. Unter Bewegungsqualität versteht Aly auch die Beurteilung der Bewegung, ob diese harmonisch (geschmeidig) oder steif und mit großer Anstrengung ausgeführt wird (Aly 2008, 68). Es ist das Konzept der „kleinen Schritte“, welches die Therapeutin beobachtet.

- die Spielentwicklung des Kindes: Wo liegt sein aktuelles Interesse?

Die Neugier, das eigene Interesse des Kindes sind jeweils der Beginn jeder neu eingeleiteten motorischen Veränderung. Nur wenn das Angebot die Neugier des Kindes weckt, wird dieses eigenaktiv werden.

- die Interaktion des Kindes mit der Mutter, mit der Therapeutin und mit anderen Kindern. Es lässt sich dabei beobachten, ob und wie das Kind mit seiner Umwelt in Kontakt tritt, sei es durch Mimik, Gesten oder sprachlich, und wie diese darauf reagiert.

Durch das Beobachten der freien Spiel-, Bewegungssituation wird auch offenkundig, wofür sich das Kind gerade besonders interessiert, welche Bewegungen es zum gegenwärtigen Zeitpunkt besonders intensiv nutzt und welche Position es bevorzugt zum Spielen verwendet. Das kann z.B. bedeuten, dass das Kind, das bereits auf Händen und Knien stützt, bei Platzwechsel dabei auch immer wieder den Sitz als Übergangposition wählt, zum Spielen bevorzugt die Bauch-, Seiten- oder Rückenlage einnimmt, weil es da die Hände zum Spielen frei hat, die höheren Positionen sind aber noch zu unsicher, was bedeutet: in Sitz und Krabbelposition sind die Hände nicht frei, da sie den Oberkörper stützen.

Um therapeutisch eine Aussage über den nächsten Entwicklungsschritt treffen zu können, ist der Blick der Therapeutin daher nicht auf die großen Veränderungen gerichtet, sondern auf das aktuelle Entwicklungsinteresse des Kindes.

4.3.3 Statt Behandlung oder therapeutischer Intervention - Begleiten der Entwicklung

Die Behandlung des Kindes versteht sich nach den Prinzipien Piklers nicht in der direkten Intervention durch die Hände des Therapeuten, sondern durch das aufmerksame und wertschätzende Beobachten desselben. Gerade das entwicklungsverzögerte Kind braucht mehr

Aufmerksamkeit und Geduld seitens des Erwachsenen. Deshalb spricht Aly in der Beschreibung des therapeutischen Settings und der Rolle des Therapeuten immer von *Begleiten* anstatt von *Behandlung*. Der Ausdruck *Begleiten* beschreibt die Form der Unterstützung durch den Erwachsenen viel treffender.

„Frühbehandlung heißt für mich heute nicht mehr frühzeitige Intervention. Frühbehandlung heißt durch Beobachtung die Entwicklungskompetenz des Säuglings kennenzulernen und auf äußere Bedingungen Einfluss zu nehmen. Das heißt auch, den Eltern beratend zur Seite zu stehen und helfend zu ordnen“ (Aly 2005, 5)

4.3.4 Begleiten der Eltern

Das Beobachten des Kindes bleibt nicht allein auf die Rolle des Therapeuten beschränkt. Die Arbeitsweise von Monika Aly mit entwicklungsverzögerten Kindern und deren Eltern zeichnet sich auch dadurch aus, dass Eltern ermutigt werden, die Aktivität ihres Kindes zu beobachten. Die Therapeutin kann durch sprachliche Begleitung der beobachtbaren, kleinen Aktivitäten des Kindes die Eltern dafür sensibilisieren, den aktuellen Entwicklungsstand desselben besser einschätzen zu können. Die Eltern, die vielleicht bisher immer nur vor Augen hatten, was ihr Kind alles nicht kann, schulen damit den Blick auf das aktuelle Entwicklungsgeschehen zu richten. Die Eltern lernen dabei ihr Kind besser kennen und können diese Fähigkeit mit in den Alltag nehmen.

4.4 Zusammenfassung

Das Piklerkonzept ist prinzipiell für alle Säuglinge und Kleinkinder gedacht. Im Vordergrund steht die Stärkung der Kompetenz des Kindes und seiner Eltern. Das sich langsam entwickelnde Kind ist der Gefahr der Überforderung stärker ausgesetzt als andere Kinder, weshalb diese Kinder ein höheres Maß an Aufmerksamkeit, Geduld und Verstehen brauchen. Gelingt es Eltern sich auf das individuelle Entwicklungstempo ihres Kindes einzustellen, so werden sie die neuen, kleinen Entwicklungsschritte ihres Kindes genauso freudvoll erleben wie alle anderen Eltern auch. Bei Kindern mit eingeschränkter Entwicklungsmöglichkeit bietet das Piklerkonzept eine Möglichkeit sich im Rahmen ihrer eigenen Fähigkeiten zu entfalten (Aly 2008b, 34).

Die Möglichkeit des Einsatzes des Piklerkonzepts wurde hier ausschließlich am Beispiel des sich langsam entwickelnden Kindes ausgeführt. Andere Formen der gestörten Entwicklung wie beispielsweise der cerebralen Schädigung mit bleibender Behinderung, des mehrfachbe-

hinderten oder des geistig behinderten Kindes wurden hier nicht näher beleuchtet, da sie für den weiteren Verlauf dieser Arbeit nicht relevant sind. Das Piklerkonzept in der therapeutischen Arbeit wird jedoch je nach individueller Notwendigkeit für das zu behandelnde Kind abgewandelt oder findet nur eingeschränkt Anwendung.

5 Eltern-Kind-Gruppen, die nach dem Konzept von E. Pikler entwickelt wurden – Der Pikler-SpielRaum²¹

Neben der Darstellung der selbständigen Bewegungsentwicklung nach Emmi Pikler und der Berücksichtigung dieses Konzeptes in der Arbeit mit entwicklungsverzögerten Kindern gibt es noch eine weitere Entwicklung innerhalb der Piklergesellschaft. Vor allem in Österreich sind in den letzten zehn Jahren Eltern Kind-Gruppen gewachsen, ein Angebot für Kinder und deren Eltern in den ersten drei Lebensjahren, auch bekannt als Pikler-SpielRaum. Der Pikler Spielraum ist „eine Art (Selbst)Erfahrungsraum für Kinder und Eltern“, in dem Bewegungselemente und Spielmaterialien vorbereitet werden, die auf das jeweilige Alter der Kinder abgestimmt sind (Pichler-Bogner 2006). Die Idee des SpielRaumes ist für den weiteren Verlauf der Arbeit insofern von Relevanz, als die im Forschungsteil dargestellten Interviews mit Eltern durchgeführt wurden, die zu einem überwiegenden Teil (4 von 5 Elternteilen) das Therapieangebot für ihr entwicklungsverzögertes Kind in Form eines Gruppensettings kennengelernt haben, das sich am Modell des SpielRaumes orientiert.

5.1 Die Weiterentwicklung des Piklerkonzepts in Österreich - der SpielRaum

Ausgehend von den Vortragsreisen, die Pikler selbst unternahm um Interessierten im In- und Ausland ihr Konzept der Kleinkindpädagogik und die Forschungsergebnisse aus dem Lóczyinstitut vorzutragen, gibt es neben ihr noch weitere Vertreterinnen der Piklerpädagogik, die in einem engen fachlichen Kontakt zum Pikler-Institut in Budapest stehen. Im deutschsprachigen Raum zählt hier vor allen Ute Strub zu einer Vertreterin, die schon mit Emmi Pikler zusammenarbeitete und bis heute die Arbeit des Pikler-Instituts verfolgt und begleitet. Es zeigte sich, dass interessierte Eltern, die sich von Piklerkonzept angesprochen fühlen, dieses allein in Form von Vorträgen oder mit einer Literaturempfehlung nahebringen zu wollen, für Eltern zu wenig an Austausch war. Ute Strub berichtet, dass ihr interessierte Eltern, die sie Mitte der 80-er Jahre des vorigen Jahrhunderts kennenlernte, signalisierten, dass sie sich zwar theoretisch von den Ideen Pikler angesprochen fühlten, praktisch jedoch Schwierigkeiten hatten, wenn es um die konkrete Umfeldgestaltung ging (Strub 2006, 6). So nahm die Arbeit mit Kindern und deren Eltern (wie es eigentlich auch die Anfänge von Piklers beruflicher Tätigkeit als Familienärztin war) seinen Ausgang. Seit 2001 arbeiten Ute Strub (Deutschland), An-

²¹ Die Schreibweise „SpielRaum“ ® wird in Veröffentlichungen der Pikler-Hengstenberggesellschaft durchgehend mit dem Großbuchstaben R in der Mitte des Wortes geschrieben.

na Tardos (Ungarn), Daniela Pichler-Bogner (Österreich) und andere Vertreterinnen der Piklergesellschaft in einer Arbeitsgemeinschaft an der Umsetzung der SpielRaum-Idee, die nach den Prinzipien der Kleinkindpädagogik nach Emmi Pikler gestaltet wird. Dafür entstand ein eigenes Curriculum für SpielRaumpädagoginnen, seit 2007 gibt es eine eigene Ausbildung zur Pikler-Pädagogin, wobei theoretische Ausbildung und praktische Erfahrung, sowie Hospitationen bei erfahrenen Piklerpädagoginnen in Verbindung mit Reflexionsgesprächen einen wesentlichen Raum einnehmen.

5.2 Beschreibung des SpielRaumangebots

Das SpielRaumangebot gibt es seit 1998 in Österreich, die ersten Eltern-Kind-Gruppen dieser Art wurden von Daniela Pichler-Bogner an einer Volkshochschule in Wien angeboten. Bis heute sind diese Gruppen aufgrund der Nachfrage zahlreich entstanden.

Die Eltern haben in diesen Gruppen die Möglichkeit ihr Kind beim selbständigen Experimentieren zu beobachten, sie lernen dabei die Eigenständigkeit ihres Kindes verstärkt kennen. Die aufmerksame Anwesenheit der Eltern und das Interesse für das Tun ihres Kindes „... schaffen eine Atmosphäre, in der sich diese sicher und wohl fühlen können und Zeit und Raum im freien Spiel beim Erkunden, Ausprobieren und Handhaben geeigneter Materialien genießen“ (Pichler-Bogner 2006, 9).

An einer Gruppe nehmen sieben, maximal acht Kinder und deren Mutter und/oder Vater teil. Die Kinder werden in *altershomogene Gruppen* eingeteilt. Dies wird damit begründet, dass Kinder so ungestörter ihrer eigenen Aktivität nachgehen können, das kleine noch liegende Kind beispielsweise nicht von einem laufenden größeren Kind gestört wird. Der Erwachsene muss dabei nicht das kleinere Kind beschützen, ein Eingreifen kann so weitgehend vermieden werden.

Der Raum ist für jede Altersstufe entsprechend vorbereitet. Für die 4-9 Monate alten Säuglinge werden unterschiedliche Greifmaterialien bereitgehalten, für die älteren Kinder werden auch Bewegungs- und Klettermaterialien angeboten. Die Spielmaterialien sind sogenannte „offene Materialien“, sie haben keinerlei didaktische Absicht, das Kind bestimmt selbst, welche Bedeutung es den Dingen gibt. Die Bewegungs- und Kletterangebote müssen von der SpielRaumleiterin sorgfältig ausgewählt werden, damit die Sicherheit der Kinder gewährleistet ist. Mit „Sicherheit“ im Sinne Emmi Piklers wird aber auch verstanden, dass kleine Gefahren durchaus eine Lernerfahrung für das Kind darstellen können, an denen es seine Geschicklich-

keit erproben kann, vor großen Gefahren (Verletzungen) jedoch müsse man das Kind beschützen (Pichler-Bogner 2006, 14). Dadurch werden sie geschickt und lernen ihre Kompetenzen besser kennen.

Die Kinder bekommen die Zeit, sich so lange und so intensiv mit den Gegenständen des aktuellen Interesses zu beschäftigen, wie sie es gerade möchten. Sie entwickeln dabei Ausdauer und Konzentration. Dabei ist es nicht entscheidend, ob ein Kind alle angebotenen Materialien innerhalb einer Stunde erkundet oder ob es lieber in der Nähe seiner Bezugsperson bleibt und vorerst das Geschehen beobachtet. Wann und wie weit sie ihre Entdeckungsreise beginnen, bestimmt das Kind selbst.

Die *Eltern*, die sich entschließen einen SpielRaum aufzusuchen, müssen zunächst einen Informationsabend besuchen, bei dem auch die Arbeitsweise in diesen Gruppen geklärt wird. Die SpielRaumgruppen unterscheiden sich von herkömmlichen Eltern-Kind Gruppen, da die Eltern explizit aufgefordert werden ihr Kind lediglich zu beobachten, sich für das aktuelle Handeln ihres Kindes zu interessieren, nicht jedoch aktiv in das Spiel des Kindes einzugreifen. Nicht allen Eltern ist jedoch diese zurückhaltende Art im Umgang mit ihrem Kind verständlich; ihm zu helfen, wenn es beispielsweise einen Gegenstand nicht erreicht, der außerhalb der Greifmöglichkeit des Kindes liegt, scheint vielen Eltern als selbstverständlich. So berichten SpielRaumleiterinnen, dass es manchen Eltern erst allmählich gelingt sich auf die *Rolle des Beobachters* zurückzuziehen und in die (selbständigen) Fähigkeiten ihres Kindes zu vertrauen (Pichler-Bogner 2006, 9).

Parallel zu den Terminen der Gruppe, werden den Eltern begleitend Gesprächsrunden am Abend angeboten. Die Zeit in der Gruppe gilt ausschließlich den Kindern, der Austausch der Eltern untereinander bzw. mit der SpielRaumleiterin erfolgt dann getrennt am Abend. Inhalte dieser Gespräche sind der Austausch über das Beobachtete an den Kindern, aber auch mögliche Schwierigkeiten im Alltag, zu Hause bei der Umsetzung der „Piklerideen“. Da sich diese Gruppen zumeist über zehn Wochen oder über ein Semester erstrecken, lernen sich die TeilnehmerInnen (Kinder und Eltern) besser kennen, es entstehen möglicherweise Kontakte zu Gleichgesinnten (Pichler-Bogner 2006, 13f).

In den gemeinsamen Stunden experimentieren die Kinder nicht nur mit den Spielmaterialien und den Bewegungs- oder Klettergeräten, es kommt dabei auch zu *Kontakten mit anderen, gleichaltrigen Kindern*. Die Eltern lernen in diesen Situationen, wann es sinnvoll ist einzugreifen und wann nicht. Nur wenn sich eines der Kinder bedrängt fühlt, brauchen die Kinder

die Unterstützung der Erwachsenen. So kann auch die SpielRaumleiterin einen Konflikt begleiten, indem sie zunächst nur verbal die Situation begleitet. Ein echtes Eingreifen ist deutlich seltener notwendig als Erwachsene glauben, wenn sie ihr eigenes Konfliktverständnis mit einbringen. Kinder sind zumeist achtsam und flexibler. So kann zum Beispiel ein Konflikt um „mein“ oder „dein“ Spielzeug vermieden oder ausgehandelt werden, indem mehrere gleichartige Gegenstände zu Verfügung stehen, oder das Kind auf einen spätern Zeitpunkt vertröstet wird. Dies sind die Momente, in denen sich auch die SpielRaumleiterin aus ihrer Beobachterrolle löst und den Kindern im Umgang mit einer Konfliktsituation zur Verfügung steht.

5.3 Erfahrungen der Eltern

Zwei Beispiele von Elternberichten zeigen welche Auswirkung das eigenverantwortliche Handeln des Kindes auf Mutter und Kind haben kann:

Eine Mutter berichtet, dass sie sich auf den Vorschlag Piklers einließ, und ihre Tochter solange auf den Rücken legte, bis sie sich von sich aus auf den Bauch drehen konnte. Sie beschreibt das Erlebnis als sie sich zum ersten Mal auf den Bauch dreht. Sie und ihr Mann nahmen das Drehen viel bewusster wahr als es hätte sein können, wenn sie selbst oder ihr Mann es ihr hätten „beibringen“ wollen. Der Zeitpunkt war vom Kind selbst gewählt und das Ergebnis vorangegangenen Bemühungen, bei denen die Tochter das Drehen selbst erarbeitet hat. Die erste aktive Drehung war für die Familie ein freudiges Erlebnis (Pikler 1996, 133).

Zu einem späteren Zeitpunkt beschreibt dieselbe Mutter das Verhalten ihrer Tochter: „Ihre Autonomie im senso-motorischen Bereich führte dazu, dass sie von Anfang an ihre Möglichkeiten und Grenzen sehr gut einschätzen konnte. ... auf dem Spielplatz brauchte ich im Gegensatz zu anderer Eltern, nicht ständig Angst zu haben, dass mein Kind von der Leiter, der Rutsche oder vom Klettergerüst fällt. Sie tat nur das, wozu sie sie ohne Hilfe fähig war und überforderte sich nicht“ (Pikler 1996, 135).

Die Darstellung des in Österreich verbreiteten Angebotes wird in der Folge von Interesse sein, wenn die Analyseergebnisse aus den Interviews diskutiert werden. Obwohl die Therapeutinnen des Ambulatoriums Fernkorngasse nicht zu ihrer konzeptionellen Vorgehensweise befragt wurden, werden eine Reihe der hier dargestellten Aspekte in den subjektiven Darstellung der Eltern wiederzuerkennen sein.

In Kapitel 1-5 wurden all jene pädagogisch relevante Aspekte erläutert, die das theoretische Wissen zum Thema (selbständige) Bewegungsentwicklung nach Emmi Pikler und somit den

Forschungsgegenstand umfassten. Das nun anschließende Kapitel beschäftigt sich mit jenen Überlegungen, die zur weiteren Bearbeitung der beiden Forschungsfragen, notwendig sind.

6 Methodische Vorüberlegungen zur Bearbeitung der beiden Forschungsfragen

In Kapitel 1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass sich in der Literatur und Veröffentlichungen im Internet zahlreiche Beiträge des Piklerinstituts, der Piklergesellschaft Berlin und der Pikler-Hengstenberggesellschaft Österreich finden, die die Arbeit und die Weiterentwicklung des Piklerkonzepts in den letzten Jahren beleuchten. Hierbei handelt es sich um Beiträge aus der Sicht von Experten. Einige wenige Elternberichte, welche die Erfahrungen aus dem Setting Spielraum (s.a. Kap. 5) wiedergeben, können in den Jahresschriften der österreichischen Gesellschaft nachgelesen werden (Pikler-Hengstenberggesellschaft 2006). Aus dem speziellen Bereich der Arbeit mit entwicklungsverzögerten Kindern, bei denen medizinisch-therapeutische Fachleute das Piklerkonzept in ihre Arbeit integrieren, wurde in Kapitel 4 näher eingegangen. Die zahlreich zitierten Beiträge von M. Aly (2002, 2005, 2006, 2008a, 2008b) und die wissenschaftliche Arbeit von D. Göll (2008) vertreten hier einen Blickwinkel aus professioneller Sicht. Die von der Verfasserin durchgeführte Literaturrecherche ließ erkennen, dass es bis zur Gegenwart keine Falldarstellungen aus der Sicht von Eltern entwicklungsverzögerter Kinder, die ein nach den pädagogischen Prinzipien entwickeltes therapeutisches Setting erfahren haben, gibt. Aufgrund dieser Überlegung sind die beiden folgenden Fragestellungen als Grundlage zur Bearbeitung der vorliegenden Arbeit entstanden.

- 1. Inwiefern erleben Eltern ein nach dem Konzept der selbständigen Bewegungsentwicklung nach Emmi Pikler gestaltetes Therapieangebot bei ihrem Kind, das in seiner motorischen Entwicklung retardiert ist, als hilfreich?**
- 2. Inwiefern können die Anregungen aus dem Behandlungskonzept für das entwicklungsverzögerte Kind in den Alltag von Mutter und Kind übernommen werden?**

Um dem Forschungsinteresse gerecht zu werden, ist es notwendig, direkt mit betroffenen Eltern in Kontakt zu treten, um auf Basis eines forschungsgeleiteten Gesprächs (Kommunikation) zu relevanten Aussagen zu gelangen. In der qualitativen Sozialforschung gibt es eine Vielzahl an Forschungstechniken. Die Befragung mittels Interview bietet den angesprochenen Personen die Möglichkeit persönlich relevante Aspekte zu einem bestimmten Thema in eige-

nen Worten wiederzugeben, im Gegensatz zu einem Erhebungsverfahren wie beispielsweise den Fragebogen, bei dem die Eltern vorgefertigte Antworten zur Auswahl haben.

In den folgenden Unterkapiteln werden zunächst die Kriterien für die Durchführung einer qualitativen Studie beschrieben (6.1). Sie sollen bei der Durchführung der Interviews, bei der Aufbereitung des Forschungsmaterials sowie bei der anschließenden Analyse und Interpretation der Interviews Berücksichtigung finden. Unter 6.2 werden die Methoden des Erhebungsverfahrens, die Formen des Interviews, vorgestellt. Im Speziellen werden das qualitative Interview und das narrative Interview beschrieben bzw. wird argumentiert, warum es bei den vorliegenden Forschungsfragen zur Wahl derselben kam. Im Anschluss daran folgt eine Beschreibung des Untersuchungsdesigns (6.3), von der Entstehung des Interviewleitfadens, der Auswahl der Interviewpersonen bis hin zu den Verfahren der Interviewdurchführung und Aufbereitung des Textmaterials. Methodisch, theoretische Querverweise auf die Literatur der qualitativen Sozialforschung (Lamnek 2005; Flick et al. 2003; Mayring 2002; Mayring 2007; Froschauer, Lueger 2003) werden insoweit angeführt, als es für die Explikation der einzelnen Schritte angezeigt ist. In Kapitel 6.4 wird die Inhaltsanalyse nach Mayring dargestellt, die zur Auswertung des erhobenen Textmaterials zur Anwendung kommt.

6.1 Qualitative Sozialforschung als Forschungsansatz

In der Erziehungswissenschaft finden die Methoden der qualitativen Sozialforschung immer mehr Anerkennung. Sie bieten verstärkt die Möglichkeit, soziale Phänomene in ihrem natürlichen Umfeld unter strukturierten Bedingungen aufzuzeigen. In der qualitativen Sozialforschung gilt der Mensch nicht als reines Forschungsobjekt sondern auch als erkennendes Subjekt, dessen Eindrücke und Aussagen zum weiteren Verlauf der Forschung beitragen. Anders als bei rein quantitativen Forschungsinstrumenten wie beispielsweise dem Fragebogen, bei dem Antworten vorgegeben sind, ist es dem Forscher bei qualitativen Verfahren möglich, auch auf Äußerungen der Interviewperson einzugehen. Inhalte dieser Äußerungen erweitern somit das theoretische Vorverständnis, das bereits im Vorfeld zur Erstellung des Interviewleitfadens diente und erweitern das Verständnis des Forschungsgegenstandes (Lamnek 2005, 32, 354f, Mayring 2002, 1f). Das Forschungsinteresse ist somit explizit auf die subjektiven Wahrnehmungen jener gerichtet, die zu einem bestimmten Thema befragt werden, das Ziel besteht jedoch nicht darin zu allgemein gültigen Aussagen im Sinne einer naturwissenschaftlichen Objektivität zu gelangen, sondern zu einer intersubjektiven Darstellung von Bedeutungszusammenhängen im Sinne sozialer Wirklichkeit.

In der vorliegenden Arbeit werden fünf Einzelfälle dargestellt. Rückschlüsse auf die Gesamtheit aller Eltern entwicklungsverzögerter Kinder sind nicht zulässig bzw. nicht beabsichtigt. Einzelfallanalysen beziehen sich auf die Darstellung der im Erhebungsverfahren beschriebenen Personengruppe.

In der qualitativen Sozialforschung gibt es sowohl formale als auch inhaltliche Anforderungen, die den Forschungsprozess leiten und bei der Durchführung qualitativer Interviews berücksichtigt werden sollen. Dabei sollen die folgenden Kriterien berücksichtigt werden (Lamnek 2005, 20ff, Mayring 2002, 15ff):

Offenheit ist eines der wichtigsten Prinzipien. Sie hat gegenüber dem Forschungsgegenstand, den befragten Personen und während dem Verlauf der Untersuchung zu bestehen. Auch unerwartete Änderungen im Verlauf der Studie müssen berücksichtigt werden können, der Einsatz von Methoden neu darauf abgestimmt. Eine besonders offene Gesprächsführung erhöht den Grad des Vertrauens, das sich in einem Interview entwickeln kann. Das Prinzip der Kommunikation, welche zwischen Untersucherin und den IPs (Interviewpersonen) stattfindet, ist somit gegeben. Qualitative Forschung stellt immer einen *Prozess* dar und beinhaltet sowohl Wirkungszusammenhänge des Untersuchungsgegenstandes als auch den Akt des Forschens selbst. Ein weiteres Prinzip ist *Reflexivität*, d.h. vom Forscher selbst wird eine kritische und reflektierte Einstellung gegenüber dem Forschungsverlauf verlangt. Unter *Explikation* versteht man die Anforderung, welche verlangt, alle Schritte im qualitativen Forschungsprozess, die bei der Durchführung einer Untersuchung auftreten, genau zu dokumentieren bzw. zu erklären. Es sollen alle Regeln, nach denen im Verlauf der Untersuchung (Erhebung, Aufbereitung und Auswertung) vorgegangen wird, dokumentiert werden. *Flexibilität* beschreibt die Notwendigkeit, sich während des gesamten Forschungsverlaufes an die Erfordernisse anzupassen, das gilt sowohl für die praktische Durchführung der Interviews als auch für den Umgang mit den qualitativen Auswertungs- und Interpretationsverfahren.

6.2 Das qualitative Interview als Erhebungsverfahren

In der vorliegenden Arbeit werden sowohl das problemzentrierte Interview als auch die Methode des narrativen Interviews angewandt. Qualitative Erhebungsverfahren unterscheiden sich durch den Grad der Strukturierung, der im Vorfeld des Interviews bestimmt wird.

Das *problemzentrierte Interview* nach Witzel (1982, zit. nach Mayring 2002, 51) findet speziell dann Anwendung, wenn die Forschungsfrage stark theoriegeleitet ist. Das Interview ist teil- oder halbstrukturiert, was bedeutet, dass ein Interviewleitfaden zur Durchführung des

Gesprächs verfasst wird, bei dem die Reihenfolge der Fragen zwar festgelegt ist, nicht jedoch vorgegebene Antworten. Bei Unklarheiten oder weiterer Vertiefung des Themas ist ein näheres Eingehen durch Zusatzfragen jederzeit möglich (Mayring 2002, 50f).

Den Einstieg in das Gespräch bilden so genannte *Sondierungsfragen*. Hier sollen die Eltern Auskunft geben, wie es dazu kam, dass sie und ihr Kind in medizinisch-therapeutische Betreuung gelangten, sowie über Dauer und Ablauf des therapeutischen Settings und andere Besonderheiten bei der Inanspruchnahme des Therapieangebots. Die Eltern sollen sich an die konkrete Therapiesituation zurückerinnern und finden so thematisch den Einstieg an die weiteren Themenblöcke. Im zweiten Teil des Interviews folgen die *Leitfadenfragen*, die auf bestimmte Themen hinleiten. Sie sind so gestellt, dass die IPn möglichst frei antworten können. Suggestive Fragen, die die erwünschte Antwort erwarten lassen, sollen vermieden werden. Damit demonstriert die Untersucherin größtmögliche Offenheit gegenüber dem Wissen und den Erfahrungen der befragten Personen.

Die zweite Form der Befragung stellt das *narrative Interview* (Mayring 2002, ebd.) dar, wobei in der vorliegenden Arbeit lediglich „narrative Elemente“ gemeint sind. An all jenen Stellen des Gesprächsverlaufes, bei denen eine Beantwortung der Leitfragen unzureichend erscheint, sollen die Eltern angeregt werden, über die Frage hinaus das zu erzählen, was für sie persönlich im Zusammenhang mit dem therapeutischen Setting von Bedeutung war. Fragen wie beispielsweise: „Wie haben sie sich gefühlt?“, „Wie haben Sie ihr Kind erlebt?“, „Wie soll ich mir das vorstellen?“, sollen erzählungsgenerierend wirken. Die Untersucherin übernimmt dabei die Rolle der ZuhörerIn. Diese „narrativen Elemente“ des freien „Erzählens“ sollen zu subjektiven Bedeutungsstrukturen führen, die sich durch ein systematisches Abfragen nicht erschließen lassen (Mayring 2002, ebd.).

6.3 Darstellung und Entstehung des Untersuchungsdesigns

An dieser Stelle wird der konkrete Ablauf der Interviews, die zur weiteren Bearbeitung der beiden Forschungsfragen dienen sollen, beschrieben. Zunächst werden Vorüberlegungen, Intention und Entstehung des Interviewleitfadens dargelegt, die Auswahl der Interviewpersonen geklärt und anschließend die Durchführung der Interviews (Interviewsituation und Aufbereitung des Interviewmaterials zur weiteren Bearbeitung) erläutert. Im Sinne der Explikation der einzelnen Arbeitsschritte wird so das konkrete Vorgehen der vorliegenden Arbeit nachvollziehbar.

6.3.1 Der Interviewleitfaden – Absicht der Befragung

Nach Witzel (1982, zit. nach Mayring 2002, 117f) stellt der Interviewleitfaden eine Art Gedächtnisstütze für die Durchführung des Interviews dar, um anhand dessen überprüfen zu können, ob alle entscheidenden Themenbereiche zur Sprache kamen. Er dient weiters dazu, jene Inhalte stärker zu hinterfragen, die die IP von selbst nicht anspricht oder um bei stockendem Gesprächsverlauf den Faden wieder aufnehmen zu können. Die Reihenfolge der Fragen ist dabei nicht strikt festgelegt (Mayring, ebd.).

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens galt es folgende Vorüberlegung zu berücksichtigen: Die Autorin der vorliegenden Arbeit beabsichtigte herauszufinden, inwieweit die pädagogischen Prinzipien Piklers in der Arbeit mit entwicklungsverzögerten Kindern aus der Sicht der Eltern als hilfreich erlebt werden bzw. inwieweit diese Eltern Anregungen aus dem therapeutischen Setting für sich in den Alltag übernommen haben. Die befragten Eltern konnten jedoch nicht direkt über die Inhalte des Piklerkonzeptes befragt werden, da das Motiv zur Inanspruchnahme des therapeutischen Settings nicht per se das Kennenlernen des pädagogischen Konzeptes nach Pikler war sondern vielmehr die Teilnahme an einer Einzel- oder Gruppentherapie, die die Förderung ihres entwicklungsverzögerten Kindes zum Ziel hatte. Die Eltern berichten somit über ihre persönlichen Erfahrungen aus dem therapeutischen Setting. Über die getätigten Aussagen ist es der Untersucherin möglich, indirekt die Aussagen der Eltern den theoretischen Prinzipien Piklers gegenüberzustellen und so zur Beantwortung der Fragestellungen zu gelangen. Anhand der Rückmeldungen der Gegenleserinnen und den Teilnehmerinnen aus dem Diplomandinnenseminar wurden in Zusammenarbeit mit Dr. Kornelia Steinhardt Themen und Leitfragen formuliert, die für eine weitere Bearbeitung des Forschungsinteresses relevant schienen.

Folgende Themenbereiche ließen sich festlegen (s.a. Interviewleitfaden im Anhang). Wie bereits erwähnt, richteten sich die Fragen an das persönliche Erleben der Eltern sowohl zu ihrer eigenen Person als auch zum Erleben des eigenen Kindes und weitere Eindrücke, die die Eltern selbst vorbringen und somit neue Themen einbringen können:

A) „Erfahrungen der Eltern, die sie in der Eltern-Kind-Gruppe bzw. Einzeltherapie gemacht haben“:

Die befragten Eltern sollten sich gedanklich in die Therapiesituation zurückversetzen. Hierbei wurde nach den allgemeinen Rahmenbedingungen des Therapieangebotes bzw. nach dem

konkreten Ablauf einer Therapiestunde gefragt. Diese Fragen dienten zugleich als „Einstiegsfragen“ (Mayring 2002, 52), sie sollten zwar auf das Gesamthema des Interviews hinführen, wurden jedoch sehr allgemein gehalten um ein positives, vertrauensvolles Gesprächsklima herzustellen (Froschauer, Lueger 2003, 67f).

B) „Das mögliche Erleben des eigenen Kindes in der Therapiesituation“:

Die subjektive Befindlichkeit des Kindes kann nur über Aussagen der Bezugsperson erschlossen werden. Mit Fragen unter dem Leitthema B konnten das (motorische) Verhalten und die damit gezeigten Gefühle des Kindes während der Therapiesituation hinterfragt werden.

C) „Mögliche Umsetzung der Erfahrungen aus der Gruppe/Einzeltherapie im Alltag von Mutter und Kind; spezielle Erfahrungen außerhalb der Gruppe“:

In diesem Themenblock folgten Fragen nach Erfahrungen, die über das therapeutische Angebot hinaus gingen, jedoch damit in Verbindung gebracht wurden.

D) „Abschluss“:

Hier wurden die Interviewpartner aufgefordert, zu überdenken, ob in Bezug auf die therapeutische Eltern-Kind-Gruppe bzw. Einzeltherapiesituation wesentliche Themen im Gespräch ausgelassen wurden.

6.3.2 Auswahl der Interviewpersonen

Bei der Auswahl der Interviewpersonen waren zwei Physiotherapeutinnen des Ambulatoriums Fernkorngasse, Frau Corinna Krepp und Elisabeth Bernhard, beteiligt. Sie sind Teilnehmerinnen der „Jahresgruppe, die mit behinderten Kindern arbeiten“. Diese Arbeitsgruppe trifft sich zweimal jährlich mit Monika Aly, um anhand von Videoaufzeichnungen der Patienten die eigene Arbeit zu analysieren. Ziel dieser Gruppe ist es, die Prinzipien Emmi Piklers und Elfriede Hengstenbergs in die therapeutische Arbeit zu integrieren. Sie erklärten sich bereit, Eltern von Kindern, die sich bei ihnen in Einzel- bzw. Gruppentherapie befanden, dahingehend anzusprechen. Um hierfür auch die Zustimmung des Vereins VKKJ zu erhalten, nahm die Untersucherin Kontakt mit dem ärztlichen Leiter des Ambulatoriums Fernkorngasse, Prim. Dr. Klaus Vavrik, auf. Die positive Beantwortung der Anfrage war verbunden mit der Auflage, die Anonymität der Patienten zu gewährleisten (d.h. es dürfen keine Eigennamen, weder von Kindern noch von Eltern, in der Arbeit abgedruckt werden).

In der Folge erklärten sich die Elternteile von vier Kindern (vier Mütter und ein Vater) zu einem Interview bereit. Die Kinder sind zwischen März und Juli 2006 geboren, zum Zeitpunkt der Untersuchung im Sommer 2008 waren alle bereits zwei Jahre alt. Zwischen dem ersten und zweiten Lebensjahr waren alle vier Kinder in medizinisch-therapeutischer Betreuung, drei davon in einer Eltern-Kind-Gruppe, die über mehrere Monate geführt wurde²², sowie ein Kind in Einzeltherapie, welche bis zum Zeitpunkt des Interviews in Form von Hausbesuchen stattfand.

6.3.3 Durchführung und Aufbereitung der Interviews

Die Interviews wurden im Zeitraum August bis September 2008 durchgeführt. Alle fünf Gespräche fanden zu Hause bei den Familien statt, wobei Tag und Uhrzeit des Interviews von den Eltern bestimmt wurden. Diese trachteten danach, dass das Kind zum Zeitpunkt der Erhebung entweder gerade seinen Mittagsschlaf hielt oder eine weitere Bezugsperson anwesend war, damit das Interview störungsfrei verlaufen konnte. In jenen Fällen, in denen das Kind munter war oder während des Gesprächs munter wurde, musste das Interview ein oder mehrere Male unterbrochen werden. Die Gesamtdauer eines Interviews betrug zwischen 30 und 45 Minuten.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anschließend in elektronische Form transkribiert²³. Die Transkription entstand nach den Kriterien von Mayring (2002,71f):

- Vollständige und wortwörtliche Transkription
- Eindeutschung der Dialektfärbung
- Signalisierung unverständlicher Worte oder Sätze durch Punkte in Klammer (...)
- Festlegung sehr langer Pausen durch Gedankenstriche (---)
- Anordnung nonverbaler Merkmale wie Lachen, Räuspern o.ä., die zum besseren Verständnis des Inhalts beitragen, in Klammer
- Verwendung von Abkürzungen für den Interviewer (I), sowie für die befragten Personen. Frau A., B., C.,...Mit den befragten Personen wurde abgesprochen, dass sowohl der Name des Elternteiles als auch der Name des Kindes oder weiterer genannter Personen mit Anfangsbuchstabe und Punkt angegeben wird (Bsp.: A.)

Im Anschluss an die Interviews wurden Gedächtnisprotokolle angefertigt, in welchen subjektive Wahrnehmungen der Untersucherin vermerkt wurden. Diese konnten häusliche Gegebenheiten, die Befindlichkeit der IP als auch des Kindes bzw. Besonderheiten des Gesprächsverlaufes, wie z.B. welches Thema beschäftigte die IP am meisten, sein (Froschauer, Lueger 2003,74).

²² Exakte Angaben zu Frequenz und Dauer der Eltern-Kind-Gruppe werden in der Analyse der Interviews in Kapitel 7 beschrieben, diese Daten wurden im Vorfeld nur über die Eltern erhoben.

²³ Auf den Abdruck der kompletten Interviews in der vorliegenden Arbeit wird auf Wunsch nach höchstmöglicher Anonymität einiger Eltern verzichtet.

6.4 Auswertungen der Interviews – Analyseverfahren

Bei der Auswertung der transkribierten Gespräche wird das Analyseverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring zur Anwendung kommen:

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2007)

Bei der Durchführung der Inhaltsanalyse wird theoriegeleitet vorgegangen. Das Material wird nicht bloß wiedergegeben, sondern unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung analysiert, die Ergebnisse werden vor dem Hintergrund der Theorie interpretiert. Mayring nennt hierfür drei Analyseformen, die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Die *Zusammenfassung* sieht vor, dass der Text in seiner Gesamtheit themenreduziert wird. So bleiben texttragende Teile, der manifeste Gehalt des Interviews, erhalten und bilden ein Abbild des Grundmaterials (Mayring 2007, 91). Bei der *Explikation* können fragliche Inhalte durch Heranführen zusätzlichen Materials noch einmal näher beleuchtet werden und somit zur Klärung für das weitere Verständnis im Text führen. Die dritte Form der Inhaltsanalyse stellt die *Strukturierung* dar. Unter vorher festgelegten Kriterien werden Textbestandteile geordnet, wodurch es möglich wird, die Interviews nicht nur einzeln zu analysieren, sondern einen Querschnitt anhand bestimmter Ordnungskriterien (Mayring 2007, ebd.) durch alle fünf Interviews vorzunehmen.

Zunächst muss der Ablauf der Analyse festgelegt werden um die einzelnen Arbeitsschritte intersubjektiv nachvollziehbar zu machen:

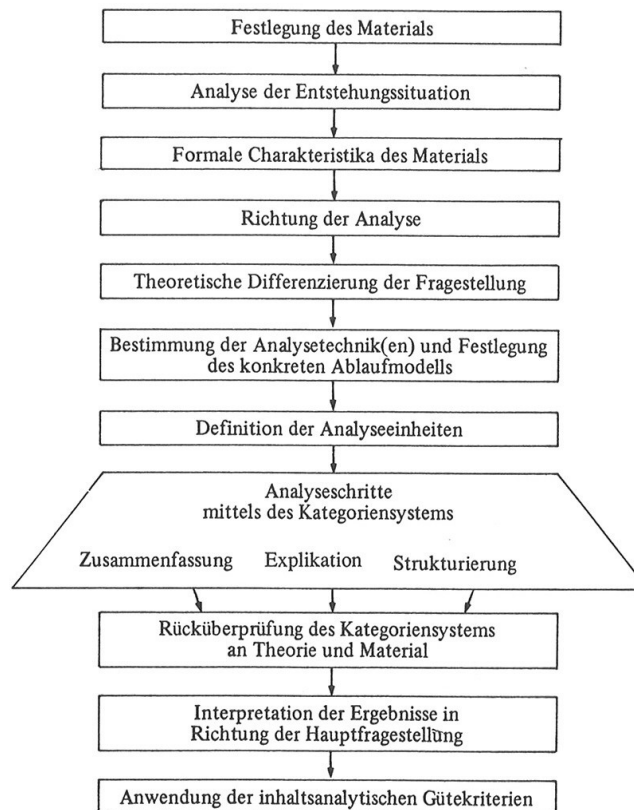


Abb. 3: Ablaufmodell der Inhaltsanalyse nach Mayring 2007, 54

In der vorliegenden Arbeit wird sowohl zusammenfassend (textreduzierend) als auch strukturierend verfahren. Zunächst wird das gesamte Interviewmaterial thematisch vorstrukturiert und die Aussagen aller IPn unter bestimmten Kriterien zugeordnet. Dies ermöglicht es, nicht jedes Interview einzeln auszuwerten und erst dann gemeinsame Themen zu finden, sondern bereits vorab themenbezogen zu verfahren. Mit Blick auf die Fragestellung sollen jene Analyseteile erhalten bleiben, die letztlich zur Klärung der beiden Fragen dieser Diplomarbeit relevant sind. Das gesamte Material wird dabei unter vier verschiedenen Blickwinkeln (in vier getrennten Analysen) durchgegangen:

Wie haben die Eltern das Angebot erlebt, sei es in der Gruppe oder in der Einzeltherapie?

Hier werden jene Textpassagen gesucht, bei denen die Eltern explizit von ihren eigenen Erfahrungen, Wahrnehmungen und eigenen Gefühlen sprechen. Bei der Auswahl der Textteile fiel jedoch auf, dass ein eindeutiges Zuschreiben zu einem subjektiven Erleben der Eltern nicht immer möglich war. So können Analyseeinheiten, bei denen beispielsweise das gemeinsame Erleben von Mutter und Kind im Mittelpunkt steht, ein weiteres Mal ausgewiesen werden unter dem Fokus des Kindes. Dies gilt ebenso für die zwei weiteren Erhebungsschwerpunkte „Alltag“ und „Themen, die die Eltern von sich aus brachten“.

Wie haben die Eltern ihr Kind während des therapeutischen Settings erlebt?

Das subjektive Erleben des Kindes konnte in dieser Arbeit nicht ermittelt werden. Dies wäre nur durch direkte Beobachtung (Teilnahme an einer Therapiestunde) oder indirekter Beobachtung (Analyse von Videoaufnahmen) möglich. Die Gefühlswelt des Kindes, das Erleben oder beobachteten Aktivitäten derselben sind subjektive Zuschreibungen durch die Eltern.

Ein weiterer Fokus, unter dem das Interviewmaterial gesondert durchgesehen wurde, betrifft all jene Äußerungen der Eltern, die sich nicht unmittelbar auf das therapeutische Setting und der teilnehmenden Personen beziehen, sondern sich aus dem Alltag von Mutter beziehen:

Konnten die Eltern ihrer Meinung nach Anregungen aus dem therapeutischen Setting auch in den Alltag mit ihrem Kind übernehmen?

All jene Inhalte, welche die Eltern von sich aus eingebracht haben, die aber nicht mit den drei oben stehenden Fragen in Verbindung gebracht werden können, werden in einem eigenen Analyseschritt erhoben. Die Frage danach lautet:

Welche Aspekte/Themen haben die Eltern von sich aus gebracht?

Um die gesamte Textmenge in ein überschaubares Ausmaß zu bringen, werden relevante Textbestandteile zunächst festgelegt und in paraphrasierter Form in eine Tabelle übertragen. Bestehen Zweifel an der Zuordnung einer solchen Analyseeinheit, so soll mit Blick auf die Fragestellung entschieden werden, ob diese Aussage wichtig erscheint oder nicht (theoriegeleitetes Vorgehen). Die reduzierte Form des Textes soll einen leicht überschaubaren Corpus über den manifesten Gehalt des Inhaltes wiedergeben. Die unter den vier getrennten Blickwinkel erhobenen Paraphrasen werden in der Folge in ein gemeinsames weiteres Analyseverfahren eingefügt, daraus ergibt sich eine Tabelle mit 402 Analyseeinheiten (abgebildet im Anhang).

Im Anschluss daran erfolgt das Bilden sogenannter *Kategorien*, dabei werden die einzelnen Analyseeinheiten mit ähnlichem Bedeutungsinhalt farblich markiert (Kodierverfahren). Die erhaltenen Paraphrasen werden anhand eines festgelegten Abstraktionsniveaus generalisiert und sprachlich vereinheitlicht, dabei können bedeutungsgleiche Inhalte gestrichen werden. Das Ergebnis der Kategorien wird somit noch überschaubarer. Diesen Vorgang nennt man „Reduktionsverfahren“ (Froschauer, Lueger 2003, 163f). Kodierverfahren und Reduktionsverfahren werden gleichzeitig durchgeführt, sie bilden den ersten Schritt im Analyseverfahren.

Die erhaltenen Kategorien müssen eine Rückführung auf das Ausgangsmaterial zulassen, das heißt, alle Aussagen müssen sich in den Kategorien wiederfinden. Für alle erhaltenen Kategorien werden in einem letzten Schritt Überbegriffe gesucht, diesen Vorgang nennt man *indukti-*

ve Kategorienbildung. Diese haben weniger die Funktion der Theorieüberprüfung, als vielmehr die der Theoriegewinnung. Qualitative Untersuchungsdesigns lassen induktives Vorgehen explizit zu, sodass einzelne Beobachtungen erste Wirkungszusammenhänge aufzeigen können, die möglicherweise zu weiteren Hypothesen führen (Mayring 2002, 24). So ist anzunehmen, dass in den dargestellten Interviews die Eltern Aussagen treffen, die nicht unmittelbar Rückschluß auf das Piklerkonzept zulassen, jedoch von Bedeutung sind. Diese Aussagen führen über das forschungsgeleitete Denken hinaus und sollen daher in der Inhaltsanalyse erhalten bleiben.

Die Stärke der zusammenfassenden Inhaltsanalyse liegt darin, große Textmengen so zu reduzieren, dass es zu einer übersichtlichen Darstellung kommt. Das Kategoriensystem spiegelt den manifesten Inhalt wieder. In Anschluss an das Auswertungsverfahren werden die erhaltenen Kategorien nun mit dem Ausgangsmaterial, den theoretischen Grundlagen der selbständigen Bewegungsentwicklung, unter dem Fokus der beiden Fragestellungen verglichen und analysiert. Die Darstellung der Inhaltsanalyse und Diskussion der erhaltenen Forschungsergebnisse erfolgt in Kapitel 7.

7 Inhaltsanalyse, Darstellung der Untersuchungsergebnisse

7.1 Ablauf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring

1. Schritt: Definition der Analyseeinheiten (AE)

Das gesamte Material der fünf Interviews wurde unter den in Kapitel 6.4 beschriebenen Kriterien vorstrukturiert. Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurde das gesamte Material unter vier festgelegten, relevanten Blickwinkeln durchgesehen bzw. unterschieden. Dieses Vorgehen erlaubt es, alle fünf Interviews gleichzeitig zu bearbeiten.

Unter „*Wie haben die Eltern das Angebot erlebt, sei es in der Gruppe oder in der Einzeltherapie?*“ wurden Aussagen gesucht, bei denen die Eltern von sich selbst erzählen; dies geschieht in der ersten Person, häufig aber auch in der dritten Person (...man sollte..., ...man hat halt...) oder aber in der Mehrzahl (wir... wir Eltern). Die Eltern sprechen häufig über ihre Gefühle, wie sie selbst die Therapie erlebt bzw. welche Rolle sie für sich selbst wahrgenommen haben. Anzahl der Analyseeinheiten: 197

Unter „*Wie haben die Eltern ihr Kind während des therapeutischen Settings erlebt?*“ wurden jene Äußerungen gesucht, die das subjektive Erleben der Eltern ihres eigenen Kindes während der Therapie beleuchten. Weiters kamen jene Textstellen zu tragen, bei denen Beschreibungen zu Verhalten und Person des Kindes getroffen, jedoch nicht zwingend in der Therapiesituation beobachtet wurden, dieser aber seitens der Eltern zugeschrieben wurden. Anzahl der AE: 93.

Unter dem dritten Fokus „*Konnten die Eltern ihrer Meinung nach Anregungen aus dem therapeutischen Setting auch in den Alltag mit ihrem Kind übernehmen?*“ wurden all jene Aussagen identifiziert, die besonders die Alltagssituation von Mutter und Kind beschreiben. So werden hier auch die Rollenzuschreibungen weiterer Bezugspersonen oder gesellschaftlich relevante Aspekte der Eltern aufgegriffen, so sie mit den Geschehnissen rund um die Entwicklung des Kindes wichtig erscheinen. Anzahl der AE: 62.

Unter „*Welche Aspekte/Themen haben die Eltern von sich aus gebracht?*“ sollten all jene Textteile ausgewiesen werden, die den Eltern in Zusammenhang mit dem Thema Therapie und Entwicklung des Kindes wichtig waren, die unter den vorhergehenden Themenblöcken jedoch noch keine Erwähnung gefunden haben. Anzahl der AE: 50.

Die Zahl der ausgewiesenen AE lässt sich auch in der tabellarischen Form der IA im Anhang nachlesen, auffallend war jedoch die Anzahl der getätigten Aussagen der Eltern zur eigenen Person. Obwohl der Interviewleitfaden Fragen für alle Themen im gleichen Ausmaß vorsah,

haben die Eltern die Interviewsituation besonders für die Reflexion des eigenen Erlebens genutzt.

2. Schritt: Paraphrasierung der inhaltstragenden Textteile

In der Tabelle wurden InterviewpartnerIn, Textzeile und Analyseeinheit (numerisch 1-402) angeführt. In der Spalte „Paraphrase“ wurde der jeweils inhaltstragende Textteil übertragen, wobei hier auf Füllwörter und Wiederholungen verzichtet wurde. Die Paraphrase wurde sprachlich vereinheitlicht und grammatikalisch bereinigt.

3. Generalisierung der Paraphrasen unter dem angestrebten Abstraktionsniveau

In der Spalte „Generalisierung“ wurde der Textteil weiter abstrahiert, d. h. alle Aussagen, bei denen nicht eindeutig hervorging, welche Person gemeint war, wurden diese Wörter ersetzt („man“-> die Kindesmutter/KM, der Kindesvater/KV; „wir“-> die Eltern/KE , „sie“->die Therapeutinnen...). Im Gegensatz zur Paraphrase, die in der Wortwahl den Originaltext abbildete, wurde in der Generalisierung nur noch die Kernaussage der IP erhalten und sprachlich weiter reduziert. Aussagen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen, blieben wörtlich erhalten.

4. Schritt: Reduktion durch Streichung bedeutungsgleicher Paraphrasen

In der Folge wurden alle wesentlichen Paraphrasen erhalten. Inhaltsgleiche Aussagen wurden gestrichen. Mit Blick auf die Fragestellung konnten auch jene Textteile gestrichen werden, die für den weiteren Verlauf der IA irrelevant schienen.

5. Schritt: Zusammenstellen der neuen Aussagen in einem Kategoriensystem

An dieser Stelle der Analyse erfolgte eine thematische Zusammenführung all jener Paraphrasen, die jeweils einem eigenen Themenfeld zugeordnet werden konnten (Konstruktion bzw. Integration von Paraphrasen). Zur besseren Orientierung wurde jede einzelne Paraphrase farblich markiert. Zuletzt wurden alle Aussagen mit gleicher Farbe zusammengestellt (gebündelt). Das Ergebnis dieser Zusammenführung stellt die Reduktion des Gesamtmaterials dar, für alle in der Reduktion zusammengefassten Themenbereiche wurde eine Überschrift bzw. ein Oberbegriff für die erhaltene Kategorie formuliert. Hier kam die Regel zur induktiven Kategorienbildung nach Mayring (Kap 6.4) zur Anwendung. Die Kategorien werden nicht vorab gebildet, sondern direkt aus dem Textmaterial abgeleitet.

6. Schritt: Rückführung des Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

In einem letzten Schritt sollte überprüft werden, ob die erhaltenen Kategorien, die durch das Reduktionsverfahren entstanden sind, auch tatsächlich den Inhalt der gesamten Erhebung abbilden. Dafür wurden einzelne AE noch einmal durchgegangen, anhand der farblich ausgewiesenen Zuordnung zu einer Kategorie musste eine eindeutige Zuordnung erkennbar sein. Der Inhalt des Gesagten im Originaltext musste sich somit unter der Überschrift der Kategorie inhaltlich wiederfinden. Die Darstellung der 13 erhaltenen Kategorien unter den farblich gekennzeichneten Kodiereinheiten befindet sich im Anhang (Kap. 10.2 Reduktion).

An dieser Stelle des Analyseverfahrens wurden die vorläufigen Ergebnisse (erhaltenen Kategorien, wie oben beschrieben) einer zusätzlichen Überprüfung im Sinne der Intersubjektivität unterzogen. Hierfür wurden die Ergebnisse im DiplomandInnenseminar vorgestellt und diskutiert. Da bei diesem Verfahren induktiv vorgegangen wurde; die Kategorien somit zuletzt entstanden, war für die Autorin vor allem die Frage nach allgemeiner Verständlichkeit als auch methodengerechter Güte von Interesse.

Im folgenden Unterkapitel werden die einzelnen Kategorien dargestellt. Eine Rückführung der Analyseergebnisse auf Theorie und Ausgangsmaterial erfolgt daran in Kapitel 8, der Beantwortung der beiden Forschungsfragen.

7.2 Darstellungen der Ergebnisse (K1-K13)

Durch Reduktion des gesamten Analysematerials ergaben sich 13 relevante Themenbereiche, die nun unter Kategorie 1-13 (K1-K13) vorgestellt werden sollen. Die Ergebnisse der Reduktion mit numerischer Zuordnung der einzelnen AE befinden sich im Anhang (Kap. 10.2).

- **Kategorie 1 „Das therapeutische Setting“**

Unter der Kategorie „Das therapeutische Setting“ wurden all jene Aussagen der Eltern zusammengefasst, die den praktischen Ablauf der Therapiestunden von Eltern und Kind beschreiben. Jene Eltern, die das Setting gemeinsam mit ihrem Kind in der Gruppe erlebt haben, berichten von einer Gruppengröße von anfänglich sechs Kindern, die Zahl hat sich im Verlauf der Therapie auf vier Kinder reduziert. Die Gruppe fand regelmäßig einmal pro Woche statt und erstreckte sich über einen Zeitraum von einem dreiviertel Jahr (Herbst 2007 bis Frühjahr 2008).

Die Dauer der Therapie betrug zunächst eine Stunde, nach zehn Einheiten wurden diese auf eineinhalb Stunden erweitert, wobei die zusätzliche Zeit einer gemeinsamen Jause für die Kinder gewidmet war. In den Stunden waren jeweils das Kind und die Bezugsperson (in seltenen Fällen Mutter und Vater gleichzeitig) anwesend. Begleitet wurden Kinder und Eltern von zwei Therapeutinnen, einer Physiotherapeutin und einer Psychologin. Von Zeit zu Zeit wurden die Therapiestunden gefilmt, dies geschah immer mit Zustimmung der Eltern. Die Videoaufnahmen wurden ausschnittsweise an den Elternabenden, die begleitend im 14-tägigen Rhythmus stattfanden, besprochen²⁴.

Die Eltern wurden auch über den Ablauf der Therapiestunde befragt: Nachdem alle Kinder und Bezugspersonen von den Therapeutinnen begrüßt wurden, suchten sie sich einen Platz in einem bereits mit Spiel- und Bewegungsmaterial vorbereiteten Raum. Die Erwachsenen saßen dabei am Rand des Raumes, wobei sie aufgefordert waren, nicht immer denselben Platz zu wählen, sondern auch die Position ihres „Beobachterpostens“ und somit den Blickwinkel zu wechseln. Die Eltern sollten an diesem Platz zu bleiben und beobachten, wie sich ihr Kind in der Folge verhält. Zunächst saßen diese bei ihren Eltern.

Frau Sch. (14-20, AE 30,32): Es war ein ruhiger, schöner Raum mit vielen Spielsachen, Klettermöglichkeiten, Schutzmatten, also Turnmatten. Wir haben uns alle die Schuhe ausgezogen, durften oder sollten halt während der Stunde nicht miteinander sprechen, also, dass das kein Kaffeeklatsch ist, wo die Mütter sich austauschen. Wir haben uns auf die Sitzpölster gesetzt, die Mütter - es waren auch ein paar Väter dabei, ab und zu. Die Kinder sind bei uns gesessen und konnten dann selbständig entscheiden, ob sie jetzt auf ein anderes Kind zugehen, zu einer anderen Person gehen oder sich mit irgendeinem Gerät oder einem Ball oder sonst etwas beschäftigen.

I: Also, zu diesen Sitzpöhlstern: Sie sind am Boden gesessen?

Frau Sch: Wir sind am Boden gesessen. Jeder hat, also jede Mutter hat einen fixen Punkt gehabt. Wir haben aber doch von Stunde zu Stunde den Platz variiert, einfach um eine andere Perspektive zu haben.

Frau Y. (17-19, AE 160): ... dass ich da sitzen muss am Rand, und das Kind sozusagen selbst spielen lasse, und mit ihm nicht beschäftige. Das war schon etwas anderes.

Die Materialangebote im Raum wurden von den Therapeutinnen vorbereitet, wobei sich diese im Laufe der Therapie veränderten. Spiel- und Bewegungsangebote wurde jeweils den Fähigkeiten der Kinder angepasst.

Frau Sch(287-290, AE 59): ... also gerade eben in dieser zweiten Spielgruppe, wo die Therapeuten sehr viel Wert darauf gelegt haben, dass die Sachen sich auch schon mehr auf der Höhe des Kindes, wenn es steht, abspielen. Es gab dann auch mehr Kletter- und Turnmöglichkeiten mit Faltmatten und Sprossen usw.

Frau Y. (84-88, AE 167): ... diese letzten zehn, acht bis zehn Einheiten da haben wir fast kaum Spielzeug gehabt. Da waren nur für Grobmotorik so Treppen aufgestellt verschiedene,

²⁴ Einen Zusammenschnitt aller Videos bekamen die Eltern zum Abschluss der Therapie als Erinnerung für zuhause mit.

wo man dann hinauf klettern kann oder hinunter klettern kann, ein paar Bälle und sonst ... Also Kinder haben dann da mehr Möglichkeit gehabt, miteinander zu kommunizieren.

Die Stunden endeten damit, dass Eltern und Kinder beim Aufräumen des Therapieraumes halfen und sich dann verabschiedeten. Ein besonderes Anliegen war es den Eltern herauszustrichen, dass die Therapiestunden zunächst zu früh angesetzt waren, was dazu führte, dass einige ihre Kinder morgens wecken mussten; dies wurde im Verlauf der Therapie verändert (AE 196).

Die Mutter, die das therapeutische Angebot mit ihrem Kind einem Einzelsetting erlebte, sprach ebenfalls von einer wöchentlichen Therapiefrequenz. Nach Beobachten der ersten Fortschritte des Kindes, im vorliegenden Fall mit Beginn der Fortbewegung (Krabbeln), wurden die Intervalle größer und mit dem Gehbeginn wurde eine Therapiepause gemeinsam mit der Therapeutin vereinbart (AE 3,4).

- **Kategorie 2 „Die Aufgaben der Eltern während der Therapiestunde“**

In dieser Kategorie werden jene Aussagen der Eltern beschrieben, bei denen sie zur Rolle ihrer eigenen Person, während der Therapiestunde, Stellung nahmen. Ihre Hauptaufgabe verstanden die Eltern im Beobachten des eigenen Kindes. Sie beobachteten zum Einen die Aktivitäten des Kindes, für welche Materialien es sich in der Therapiestunde besonders interessierte und zum Anderen, wie das Kind mit anderen Kindern kommunizierte bzw. Kontakt aufnahm.

Fr. Sch. (87-89, AE 41): ... das haben sie uns extra gesagt, das soll wirklich der Beobachtung von - wir sollen uns mal wirklich diese Stunde Zeit nehmen, unser Kind genau anzuschauen, und uns wirklich auf unser Kind zu konzentrieren, nicht uns ablenken lassen ...

Der Fokus der Eltern lag dabei beim eigenen Kind. Die Therapiestunde bot den Eltern die Möglichkeit sich „voll und ganz“ auf die Aktivitäten des Kindes zu konzentrieren, Ablenkungen waren hier weitgehend ausgeschaltet, was die Aufgabe des Beobachtens erleichterte.

Fr. S. (32-35, AE 84): Also, es war eigentlich wirklich eine Stunde, wo man sagt: „Ok, ich erlebe mein Kind, ich sehe mein Kind. Also, ich tu nicht mit, weil dann das geht so nebenbei, sondern man sieht eigentlich wirklich, was das Kind kann, und was es machen kann.“

Die Eltern erlebten ihre Rolle als Beobachter als aktive Unterstützung des Kindes. Das Beobachten „ermutigte“ das Kind in seiner Aktivität (AE 115, 177). Im Verlauf der Stunden gelang es ihnen zunehmend abzuwarten, und das Tempo der Eigenaktivität ihres Kindes zu respektieren.

Die Therapiestunden zeigten einer Mutter auch, dass das Kind selbst den Zeitpunkt bestimmen kann, wann es sich von ihr löst und wann es bereit ist eigene Unternehmungen im Raum zu beginnen. Die Zuversicht, dass das Kind von sich aus diesen Schritt wagt und die Mutter von ihrer eigenen Initiative absehen kann, entwickelte sich erst allmählich. Anstatt die Initiative des Kindes durch die eigene zu ersetzen, übernahm die Mutter die Rolle der „Begleiterin“, indem sie das Tun ihres Kindes in Worte fasste und ihm auch zu verstehen gab, dass sie seine Gefühle wahrnahm und mittrug.

Frau Y.(131-133, AE171): ... Also, ich habe erste Zeit versucht, sie immer ermutigen, dass sie weg, also, weg von mir gehen soll, also spielen mit Kinder. Und da habe ich dann eh, also das, aufgehört damit, habe die gelassen in Ruhe ...

Frau Y. (240-246, AE 185): ... also, das war schon letzte Runde, da habe ich schon gewusst, was zu tun ist.

I: Ok.

Frau Y.: So, ich habe dann schon so quasi gesagt, dass da muss sie selbst diese Lösung suchen. Ja, ich sehe ... also, wir haben dort gelernt sagen: „Ich sehe, dass Du zum Beispiel verärgert bist“ oder „Ich sehe, dass Du traurig bist“, also ihre Gefühle verbalisieren, aber lassen sie dann selbst Lösung suchen.

Während der Gruppenstunden waren Unterhaltungen zwischen den Eltern unerwünscht, was zu Beginn für einige Eltern befremdlich war. Erst allmählich sahen diese einen Vorteil darin, nicht durch Gespräche mit anderen abgelenkt zu werden (AE 85, 86).

Im Falle von Fr. K. zeigte sich, dass ihr Kind aufgrund seiner Hypotonie vereinfachte Angebote benötigte, die es ihm möglich machten seinem Interesse zu folgen und letztlich aus eigener Kraft zur Fortbewegung zu gelangen. So erarbeitete sie gemeinsam mit der Therapeutin wie sie D.s Motorik aktiv unterstützen konnte (AE 295). Im Gegensatz zur Gruppe konnte im einzeltherapeutischen Setting viel unmittelbarer auf die motorischen Bedürfnisse des Kindes und der damit verbundenen Fragen der Mutter eingegangen werden. Dennoch war auch hier das Beobachten der aktuellen Fähigkeiten des Kindes für die Bezugsperson wichtig, um so den nächsten motorischen Schritt besser einschätzen zu können (AE 7, 8, 294, 295).

- **Kategorie 3 „Gefühle der Eltern“**

Unter der Kategorie „*Gefühle der Eltern*“ wurden all jene Aussagen berücksichtigt, bei denen die Bezugspersonen über ihre eigenen Gefühle, Gefühle in Bezug auf ihr Kind oder auf die Atmosphäre während der Therapiesituation sprachen. Hier werden zunächst alle Äußerungen zusammengefasst, die *während der Therapie*, anschließend jene, die *hinsichtlich allgemeiner Erfahrungen* zum Ausdruck kamen.

- während der Therapie:

Die Eltern berichteten, dass zu Beginn die Sorge um die Entwicklung des Kindes im Vordergrund stand. Neben dieser Sorge verspürten manche Eltern eine gewisse Erwartungshaltung oder Ungeduld dem Kind gegenüber, dass es in der Therapie neue Fähigkeiten zeigen sollte, auf die die Bezugsperson wartete. Sie meinten, sobald sich diese Fähigkeiten zeigen würden, würden ihrer Sorgen geringer werden.

Fr. K. (109-112, AE 9): ...es war vielleicht schwierig für ihn, weil wir halt natürlich ... er hat gespürt, dass wir einen gewissen Erwartungsdruck ... also ich wahrscheinlich zumindest eine gewisse Erwartungshaltung haben, dass er sich jetzt natürlich bewegen soll, wenn er in der Therapie ist.

Fr. Sch. (167-175, AE 53,54): Also jetzt bin ich extrem entspannt und jetzt geht es mir gut. Aber in dem Alter von 13 Monate bis 18 Monate habe ich mich eben sehr intensiv damit beschäftigt, eben private Therapie, die Spielgruppe, zu Hause haben wir geübt, mit dem Papa haben wir geübt. ... Und, ja, das war eine sehr anstrengende Zeit, die ist mir ziemlich an die Nieren gegangen, aber ... ab dem Moment, wo er gehen konnte war ich sehr erleichtert und ist es mir sehr gut gegangen. Und alle haben zu mir gesagt „Du wirst noch die Zeit herbeisehen, wo er nicht geht“, und ich habe mich einfach nur gefreut. Also, seitdem ist alles so viel leichter ...

Die Eltern berichteten, dass das Beobachten der kindlichen Unternehmungen positive Gefühle erzeugte, allmählich wurde die Anspannung durch Entspannung abgelöst. Dieses Gefühl der Erleichterung übertrug sich nach Ansicht der Eltern auf das Kind, manche beschrieben das Gefühl der Freude auch mit „Stolz“, den sie ihren Kindern entgegenbringen konnten. Insgesamt wird nach anfänglicher Skepsis, ob Beobachten alleine „etwas bringen kann“ (AE 55, 56), das eigene Erleben in den Therapiestunden/in den Gruppenstunden als positiv beschrieben. Ein IP beschrieb seine Emotionen auch mit „Spaß, etwas Neues zu erlernen“ (AE 155).

Fr. S (207-208, AE 101): ... da war dann halt natürlich der Stolz wieder da, also von wegen so: „Poah, Kind, was Du in zwei Wochen alles gelernt hast!“.

Den Eltern aus der Gruppe fiel zusätzlich auf, dass das positive Erleben durch die Anwesenheit weiterer Teilnehmer noch verstärkt wurde, wenn sie sich etwa über eine neue Bewegung oder Fähigkeit ihres Kindes freuten und diese Freude unmittelbar mit anderen Eltern, die dies ebenfalls beobachteten, teilen konnten. Des Weiteren waren die Eltern der Meinung, dass sich ihre Freude unmittelbar auf das Kind übertrug. Je sicherer sich ihr Kind fühlte, desto leichter konnte es sich von der Bezugsperson ablösen. Die Eltern stellten fest, dass sich ihr Kind vor allem dann von ihnen entfernen konnte, wenn sie selbst ruhig und entspannt waren (AE 65).

Ein Elternteil bemerkte auch, wie schwer es ihm fiel, nicht unmittelbar auf die Wünsche seines Kindes einzugehen oder gar Grenzen zu setzen.

Hr. X. (228-234, AE 275): ... wenn ... sie wollte, dass ich mitgehe mit ihr, und der Partner gesagt hat: „Nein, der Papa will jetzt da sitzen bleiben.“ Also, sie ist ein bisschen ein Sturschädel auch, will natürlich ihren Kopf durchsetzen, und muss man halt, auch wenn ... es schwer fällt und sie dann weint und wenn sie dann zum Stampfen anfängt ...

- hinsichtlich allgemeiner neuer Erfahrungen:

Den Eltern gelang es nicht immer Geduld aufzubringen, das Abwarten wurde teilweise schwierig erlebt. Und somit zeigte sich vereinzelt, dass das Warten zugunsten eines erleichterten Umganges mit dem Kind aufgegeben wurde:

Fr. K. (172-179, AE 15,16,17): ... es hilft schon mal, auch für zu Hause, für, ja eben, für das Spielen oder fürs Interagieren, wenn dein Kind plötzlich einmal sitzen kann. ... Und natürlich auch Spiele im sitzen viel leichter machen konnte, weil ich ihn ja vorher nach Möglichkeit nicht aufsetzen sollte, na, also von der Therapeutin her. Und das ist natürlich schwierig. ... Und das ist halt immer so eine Gradwanderung, wie weit greife ich dort selber ein oder greife ich voraus oder eben auch nicht.

Fr. K. (182-184, AE 293): Ja, das war sehr schwierig, und ich habe es dann, ich glaube mit 9 oder 10 Monaten ... habe ich es nicht mehr so ganz durchgehalten und habe dann einen Hochstuhl gekauft, und habe ihn dann wirklich in den Hochstuhl auch hinein gesetzt.

Sobald sich jedoch neue Entwicklungsschritte einstellten, konnten die Eltern gelassener reagieren, sie beschrieben den Zeitpunkt merklicher Entspannung entweder mit Eintritt in die Gruppe oder beim ersten Beobachten einer neuen Fähigkeit, wie zum Beispiel dem Beginn des freien Gehens (AE 54). Obwohl den Eltern bereits bewusst war, dass Geduld haben am Meisten „bringt“ (AE 13), mussten sie diese Haltung erst erlernen: „Das ist ein Lernprozess, den man durchleben muss“ (ebd.).

Die Eltern fühlten sich nach Inanspruchnahme des therapeutischen Settings ruhiger, sie erlebten viele Entwicklungsschritte ihrer Kinder bewusst und gaben an, ihre Kinder seither positiver wahrnehmen zu können (AE 65, 93).

Rückblickend verbinden sie mit den therapeutischen Stunden Dankbarkeit; sie und ihre Kinder hätten dort viel gelernt. Die Gruppe war für alle eine positive Erfahrung. Gleichzeitig äußerten die Eltern, für die die Gruppe im Frühjahr 2008 endete (AE 146, 268), ein Gefühl des Bedauerns.

- **Kategorie 4 „Das Gespräch mit den Eltern, Elternabende, Austausch der Eltern untereinander“**

Für jene Eltern, die das therapeutische Setting im Rahmen einer Gruppe in Anspruch nahmen, gab es zusätzlich zu den wöchentlichen Stunden am Vormittag Elternabende, die im 14-tägigen Rhythmus stattfanden. Dort konnten sie Fragen zu den Stunden aber auch ganz allgemeine Fragen zum Thema Entwicklung stellen. Besonders wichtig war es einigen Personen, dass diese Fragen individuell beantwortet wurden, „Tipps wurden nie verallgemeinert“ (AE 130, 132), manchmal fühlten sie sich auch durch die Fragen anderer Eltern angesprochen. Sie erlebten die Elternabende auch als Gelegenheit sich untereinander auszutauschen. So kam es immer wieder vor, dass sie durch das Gespräch mit den Therapeutinnen oder den anwesenden Eltern selbst zu Lösungsvorschlägen kamen.

Die Elternabende boten auch Raum für Sorgen und Zeit für Emotionen. Innerhalb der Gruppe bestand ein Gefühl der Solidarität und Vertrautheit von Gleichgesinnten, die die Sorge um die Entwicklung ihrer Kinder teilten (AE 181, 50, 170).

Fr. S. (185-195. AE 99): Und da wurde einem halt immer Mut zugesprochen, andere Eltern, die halt genauso spät das Kind erst losgelaufen ist u.s.w. Es war halt schon angenehm, ja, auf jeden Fall. ... Also, das war dann schon angenehm, weil da hat irgendwie so ... von jeder Seite eigentlich kam, jetzt wurscht von welcher Mama oder von welcher Betreuerin oder von der Frau St. oder von der Frau B. ebenso.

Die Gespräche an den Elternabenden wurden insgesamt als positiv und hilfreich empfunden, die IP versuchten ihre neuen Erkenntnisse von dort mitzunehmen. Ein Elternteil meinte auch, dass die Tipps, die er bekam, auch für Eltern „normal geborener“ Kinder hilfreich wären (AE 137, 138). Die Eltern lernten sich an diesen Abenden besser kennen, einige führten diese Beziehung auch privat weiter.

- **Kategorie 5 „Die Rolle der Therapeutinnen“**

In einer eigenen Kategorie werden alle Aussagen, die die Eltern über die Therapeutinnen getätigt haben, zusammengefasst. Diese beziehen sich darauf, wie die Eltern die Rolle der jeweils anwesenden Therapeutin für sich selbst wahrgenommen haben:

Zunächst nahm die Therapeutin vorsichtig Kontakt mit dem Kind auf, damit sich dieses auch wohl fühlte. Die Anwesenheit der Therapeutin wurde von den Eltern als aktive Unterstützung sowohl für das Kind als auch für die Mutter/Vater erlebt. So gab es in der Therapie auch die

eine oder andere aktive Hilfestellung, sei es durch Einsatz von Material oder direkt am Kind, damit dieses eine Bewegung leichter ausführen konnte (AE 201, 206). Für sich selbst, gaben die Eltern an, dass sie die Hilfestellung dahingehend verstanden, *wie* sie die Entwicklung des Kindes zum aktuellen Zeitpunkt unterstützen konnten (AE 20, 24). Vor dem Hintergrund der besonderen Belastung und der Sorge um die Entwicklung des Kindes, wie schon unter der Kategorie „Gefühle der Eltern“ besprochen, war es den Eltern besonders wichtig, von der fachlichen Qualifikation der Therapeutin zu profitieren.

Fr. Y. (182-184, AE 179): ...die da haben Therapeuten auch so irgendwie auf die Position gebracht, wo man nicht ... das Kind nicht drängen soll.

Fr. K. (114-120, AE12): Und als Mutter muss man natürlich auch lernen, wie man einen Gang zurück schaltet und das Kind halt nicht auf Knopfdruck funktioniert, wie man sich das vorstellt. ... es war schon einfacher, weil an sich kann man die Therapeutinnen fragen „Wie ist das bei anderen Kindern?“ „Ist das normal?“ oder ... und das hilft dann schon sehr.

Die Therapeutinnen wurden auch dadurch hilfreich erlebt, dass diese die Entwicklungsschritte des Kindes mitbeobachteten und Veränderungen ansprachen.

Fr. S. (201-203, AE 100): Und dadurch, dass dann halt eben die Frau St. und die Frau B. das Kind nur wöchentlich oder zweiwöchentlich gesehen haben – je nachdem, wie die Termine waren – haben die halt natürlich Entwicklungsschritte extremer gesehen.

Die TeilnehmerInnen der Gruppe gaben an, dass sich die Therapeutinnen nur dann in die Interaktion der Kinder einbrachten, wenn es zu Konflikten kam.

Ein Elternteil legte besonders Wert auf die Feststellung, dass die Persönlichkeit der Therapeutin sowohl zum Kind als auch zur Mutter/Vater passen sollte (AE 361).

- **Kategorie 6 „Motorische `Möglichkeiten` des Kindes“**

Unter motorische Möglichkeiten werden all jene Positionen und Bewegungen benannt, die die Eltern während und auch nach den Therapiestunden an ihrem Kind beobachten. „Möglichkeiten“ beschreiben im Unterschied zu Fähigkeiten (erprobtes Können, das immer wieder gelingt) den Weg dorthin, beobachtbares Wiederholen, erfolgreiches Gelingen ebenso wie Misslingen.

Am Beginn der Therapie stand für die Eltern die motorische Entwicklungsverzögerung im Vordergrund. So berichteten einige Eltern, dass ihr Kind wenig Eigenaktivität zeigte, oder aufgrund einer Hypotonie²⁵ eingeschränkt war. Die Ausdauer bei körperlichen Aktivitäten entwickelte sich erst mit der Zeit.

²⁵ Hypotonie, Synonym für schwache Muskulatur

Mit Vollendung des 1. Lebensjahres konnte keines der Kinder gehen, nur wenige krabbeln (AE 35, 36). Die Eltern erlebten den Beginn der Fortbewegung im Raum mittels Krabbeln oder den Gehbeginn unterschiedlich. Zum Einem wurde dieser Schritt sehnlich erwartet, zum Anderen äußerten sich die Eltern überrascht, als das Kind dann doch soweit war.

Fr. K. (78-7, AE 219): Dann konnte er gehen mit 18 Monaten. Also, er hat das ganze Limit ausgeschöpft. Mit 18 Monaten kann man sagen, das liegt im Rahmen, so lange hat es gedauert, ja.

Fr. S. (179-181, AE 258): Dann ist sie sehr spät losgegangen. Sie war 1 ½ Jahre bis sie überhaupt losgegangen ist. Sie ist zwar dann aufgestanden und losgegangen, also, ohne Vorwarnung, aber ... ja, das das war alles eigentlich in der Zeit.

Anhand von erinnerten Beispielen berichteten die Eltern auch darüber, wie konkret ihr Kind eine neue Bewegung ausführte und dass sie im Laufe der Zeit auch bestimmte Vorlieben beobachten konnten:

Fr. Sch. (291-297, AE 233, 308): ... auf so Matten, die eine leichte Steigung gehabt haben, ist er raufgekrabbelt auf der einen Seite, auf der anderen Seite herunter gerutscht in allen möglichen Lagen, mit dem Kopf voran, mit den Füßen voran. Und das ist ihm nicht zu blöd geworden, er hat sich die ganze Stunde wirklich mit dieser Matte beschäftigt und mit dieser Steigung, rauf, runter. Und da habe ich nachher schon bemerkt, dass er extrem gerne wo runter läuft, einen Hang runter, also dieses bergab, das taugt ihm wahnsinnig wenn er dann schneller wird und das hat er sehr gern. Vielleicht ist das davon...

Fr. K. berichtete, wie wichtig für sie der Schritt des freien Sitzens war. Ihr Kind war damals bereits 14 Monate alt, daher entsprechend groß und schwer. Für sie selbst bedeutete das selbständige Sitzen ihres Kindes eine (körperliche) Erleichterung (AE 291). Sie räumte ein, D. auch schon davor aufgesetzt zu haben, da dies für seine Gesamtentwicklung wichtig war (AE 303). Eine zusätzliche Veränderung in D.s Bewegungsverhalten ereignete sich, als die Mutter aufgrund eigener medizinischer Einschränkungen „nicht mehr so schwer heben“ durfte, die Mutter erkannte darin eindeutig einen Zeitpunkt, wo sie ihr Kind vermehrt eigenverantwortlich erlebte:

F. K. (365-374, AE 355,356): ... Das hat sich jetzt ergeben, weil ich habe ihn jetzt nicht tragen dürfen für 4 bis 6 Wochen, weil ich jetzt eine Operation gehabt habe. Und das war eigentlich sehr gut, weil dadurch sind wir auf diese Ideen gekommen so in der Familie, und haben das jetzt so umgesetzt, dass er quasi selbständig eben, ja, hinaufkrabbeln kann, dass er sich Hände waschen kann, dass ich ihn nicht dauernd herum tragen muss, und er selbst bestimmt, dass er das durchführen kann einfach, ja.

I: **Und Ihr Sohn selbst? Macht ihm das Spaß?**

Frau K: Das macht ihm total Spaß. Also, das habe ich jetzt wirklich gemerkt ... wir haben uns erst gedacht, ja, er braucht diesen Körperkontakt und das Herumtragen und so. Aber in Wirklichkeit hat er so einen richtigen Entwicklungsschritt jetzt gemacht, weil, ja, weil er einfach merkt, er kann das selber bestimmen ob er jetzt auf das Holzbankerl hinauf krabbeln will oder nicht. Und es ist nicht so, dass ich ihn jetzt dauernd auf den Hochstuhl hinauf heben muss, weil ich das jetzt möchte, sondern er bestimmt selber „Ich will mich da jetzt hinsetzen, ich will

mir ein Buch anschauen oder was auch immer.“ Also, ich würde sagen, er genießt das sehr, weil er einfach jetzt in seinem – obwohl er jetzt motorisch natürlich noch immer eingeschränkter ist als andere Kinder – dass er einfach in seinem Rahmen sich frei bewegen kann...

- **Kategorie 7 „Zuschreibung von Beobachtetem zur Persönlichkeit und dem emotionalen Erleben des Kindes“**

Die Eltern waren auch aufgefordert zu beschreiben, wie sie ihr Kind in den Stunden erlebten. Hier ging es einerseits um Zuschreibungen von Beobachtetem zur Gefühlswelt des Kindes und/oder andererseits, welche besonderen Eigenschaften sie mit der Persönlichkeit desselben verbinden konnten.

Ähnlich wie in Kategorie 3 (Gefühle der Eltern) hatten die Kinder die Zeit der Therapie „intensiv“ erlebt (AE 198). Die Eltern gaben an, dass diese die Anspannung sowie die Erleichterung ihrer Mutter/ihres Vaters spürten, und es ihnen merklich besser ging, sobald die Erwartungshaltung der Bezugsperson geringer wurde.

Die Kinder zeigten immer wieder Ausdruck von Freude über die Gegenwart ihrer Mutter/ihres Vaters (AE 60). Sie beobachteten, dass sich das Kind gestärkt durch ihre Anwesenheit zunehmend offener den Angeboten im Raum und/oder anderen Kindern zuwenden konnte. Das „selbständige Tun“ kam mit der Zeit (AE 254). Je mehr Vertrautheit die Kinder aufbauen konnten, umso mutiger wurden ihre Unternehmungen im Raum. Die Bewegungen der Kinder wurden mutiger und sicherer. So meinte beispielsweise Fr. S., dass sich ihr Kind durch ihre Anwesenheit und ihre Anerkennung selbstsicher zeigte und so zu mehr „Selbstbewusstsein“ gelangte.

Fr. S. (286-288, AE 264): Und genauso glaube ich auch, dass sie einfach den Stolz oder dieses „Poah, Kind, was du kannst!“, dass sich das wahrscheinlich überträgt und das Kind dann selber einfach auch selbstbewusster wird.

Fr. S. sprach davon, dass sich ihre Gefühle gleichsam auf das Kind übertragen. So wie die Eltern zunächst von sich selbst sprachen (Kategorie 3 „Gefühle der Eltern“), so wiederholen sich hier dieselben Ausdrücke wie: Freude an der Bewegung (AE 209, 210), Unzufriedenheit beim Misslingen einer Bewegung (AE 207), Erleichterung durch Fortbewegung (AE 242), Stolz über neue Fähigkeiten (AE 236) oder Gefallen an der Gruppe (AE 228, 249). Die Emotionen der Kinder spiegeln das Erleben ihrer Bezugspersonen.

Fr. K. erweiterte dieses Erleben noch, indem sie meinte, ihr Kind zeigte Freude *trotz* Entwicklungsverzögerung, so zum Beispiel beim Verwenden von Hilfsmitteln (AE 357), anhand derer es Alltagshandlungen einfacher ausführen konnte (vgl. Kategorie 6 „motorische Möglichkeiten“).

Weitere Aussagen ließen individuelle Charaktereigenschaften erkennen. Fr. Y. meinte, dass das Temperament ihres Kindes ihrem eigenen ähnelte:

Fr. Y. (115-120, AE 279): ... habe ich so Erfahrung ein bisschen gemacht bei eher ruhigeren Eltern ruhigere Kinder, mehr bei unruhigeren Eltern sozusagen in Anführungszeichen „bisschen unruhigere Kinder“. Also, meine Kleine wie solche Sachen wie Bausteine oder Legosteine, die interessiert sie weniger, weil sie hat nicht Geduld und sie möchte auch nicht auf einem Platz längere Zeit sitzen bleiben.

- **Kategorie 8 „Das Interesse des Kindes“**

In dieser Kategorie werden jene Aussagen zusammengefasst, bei denen die Eltern eindeutig den Fokus oder den Gegenstand seines Interesses benennen konnten. Hier fielen den Eltern insbesondere Spielsachen auf, die sich bewegten (AE 243) oder jene, die ein anderes Kind gerade in Händen hielt (ebd.). Diese Materialien waren oft „Alltagsgegenstände“ (z.B. Pet-Flaschen mit getrockneten Bohnen), sie waren unbekannt und lösten somit Neugierde aus (AE 252, 313). Bewegungselemente waren für die Kinder besonders reizvoll, wenn sie sie nicht von zuhause her kannten (z.B. Sprosswand, AE 252). Sobald das Kind eine neue Form der Fortbewegung für sich entdeckte, galt sein Interesse dem Erkunden im Raum.

Fr. Sch. (322-324, AE 309): Ja, er hat ein Ziel angepeilt, ist da hin - eben jetzt „pobschender“ Weise²⁶ oder dann später gehend – und hat gestrahlt übers ganze Gesicht. Also, das war für ihn das Größte, da jetzt an irgendein Einkaufssackerl zu kommen und das einmal auszuräumen, das was er vorher nicht konnte ...

Vereinzelt konnte eine Mutter beobachten, dass ihr Kind jedes Spielzeug erst einmal oral erkundete (AE 283).

Ein zusätzlicher Fokus ließ sich bei den Kindern der Gruppentherapie ausmachen. Hier galt das Interesse der Kinder nicht nur Spiel- und Bewegungsmaterialien, ebenso wichtig waren die Aktivitäten der gleichaltrigen TeilnehmerInnen. Die Kinder beobachteten andere und ahmten sie mitunter nach (AE 96, 245).

- **Kategorie 9 „Das Kind im Kontakt“**

Neben den motorischen Möglichkeiten (K6), dem emotionalen Erleben (K7) und dem Interesse (K8) des Kindes sollen in der hier angeführten Kategorie jene Momente hervorgehoben werden, bei denen das Kind eindeutig mit einer zweiten Person in Kontakt stand. Dabei han-

²⁶ Seltene Fortbewegungsform: „Po“rutschen, Sitzrutschen.

delt es sich zum Einem um beobachtete Formen der Kommunikation mit einem zweiten Kind, zum Anderen um Beispiele, bei denen das Kind Kontakt mit der Bezugsperson aufnahm.

- mit anderen Kindern:

Die Kinder, die mit ihren Eltern an der Gruppe teilnahmen, nutzten die Fortbewegung im Raum um auf ein anderes Kind zuzugehen und nahmen durch das Herstellen von Nähe Kontakt mit diesem auf (AE 223). Die Art der Kontaktaufnahme interpretierten die Eltern als altersentsprechende Form von Kommunikation (AE 167). Dabei zeigte es erste Vorlieben, bejahendes ebenso wie ablehnendes Verhalten einem anderen Kind gegenüber. Das Kind verband die Teilnahme an der Gruppe mit anderen Gleichaltrigen, auf die es sich freuen konnte. Allmählich entwickelten sich auch erste „Freundschaften“:

Fr. Sch. (211-213, AE 229): Ja, und er hat eben dann in der zweiten Hälfte, ..., schon angefangen, die Namen der Kinder zu wiederholen. Und er hat schon am Wochenende davon geredet - das war immer am Montag, die Spielgruppe – da hat er dann eben schon immer den Namen eines Mädchens genannt auf die er sich schon freut.

- mit der Bezugsperson:

Die Eltern konnten genau beschreiben, wie und wann ihr Kind beschloss, die unmittelbare Nähe zu seiner Bezugsperson aufzugeben und sich auf das Angebot des therapeutischen Settings oder auf andere Personen (Therapeutin, Kinder) einzulassen. In den ersten Stunden blieb das Kind in unmittelbarer Nähe des Mutter/des Vaters. Dies zeigte es durch Körperkontakt, ein Elternteil berichtete, dass sein Kind anfänglich immer an seiner Hand blieb (AE 270). Erst mit zunehmender Vertrautheit gelang es den Kindern den Abstand zu den Eltern zu vergrößern, wobei es hier zu ganz unterschiedlichen zeitlichen Erleben kam (AE 114, 248, 214). Selbst wenn dem Kind dieser Schritt gelang und es sich autonom im Raum bewegte, suchte es immer wieder Blick- oder Körperkontakt mit Vater oder Mutter.

Hr. X. (146-149, AE 272): Und was für sie wichtig ist, dass sie weiß bzw., dass sie sieht, dass der Papa oder die Mama da ist, (...). Und das hat sie auch gemacht. Sie kommt dann wieder zurück, holt sich ihre Kuscheleinheiten ab, kuschelt wieder, und dann geht sie wieder weg.

Die Eltern meinten, dass es ihren Kindern wichtig war, dass sie sie „spüren“ konnten und dass sie Anerkennung von den Erwachsenen bekamen. Die Kinder zeigten Freude, so sie Zuwendung in Form von anerkennenden Blicken erhielten. Diese Freude teilten sie mit der Bezugsperson.

Fr. Sch (373, AE 69): Ich glaube, er freut sich, wenn er Aufmerksamkeit von der Mama hat.

Fr. S. (279-281, AE 263): ... natürlich auch, weil wahrscheinlich hat sie es auch mir angesehen, dass ich halt meine Freude daran habe, was sie tut, was sie macht und was sie schon kann. Und ich glaube, das überträgt sich auch auf das Kind.

- **Kategorie 10 „Väter und andere enge Bezugspersonen“**

Über das Setting der Einzel- oder Gruppentherapie hinaus spielten auch weitere Bezugspersonen des Kindes eine wesentliche Rolle. So berichteten die IPn, wie der/die nichtanwesende Vater/Mutter und Großeltern in die Bewegungsentwicklung, und der damit verbundenen Therapiestunden einbezogen wurden.

Der Partner/die Partnerin wird als wichtige emotionale Unterstützung gesehen, mit dem/der man sich über das Thema Entwicklung und über die abgelaufenen Therapiestunden austauschen konnte (AE 337, 373). Die weibliche IPn beschrieben die Aufgaben, die ihre Männer in der Zeit der regelmäßigen Therapien leisteten, folgendermaßen: Sie übernahmen (hier: die Väter) die Kinderbetreuung an den Elternabenden, oder sie begleiteten ihre Partnerinnen zu einer Einzelberatungsstunde mit den Therapeutinnen. Die Eltern der Gruppe erhielten auch Videomaterial zur Erinnerung, dieses wurde ebenfalls rege mit dem Elternteil diskutiert, der nicht direkt an der Gruppe teilnahm.

Besonders aus der Sicht jenes Vaters, der sich den Besuch der Therapiestunden (Gruppe) mit seiner Partnerin teilte (gelegentlich waren sich auch beide gleichzeitig anwesend) und auch als IP zur Verfügung stand, gab an, dass Väter weit seltener ihr Kind zur Therapie begleiteten und er diese vermisst hätte (AE 154). Anderen Vätern war der regelmäßige Besuch der Therapie am Vormittag aus beruflichen Gründen nicht möglich.

In manchen Familien nahm das Thema „Bewegungsentwicklung“ rund um das (Enkel-) Kind besonders viel Raum ein:

Fr. Sch. (179-186, AE 305,306): Also, es hat sich wirklich Alles um das Thema gedreht im 2. Lebensjahr. Das war wirklich das Hauptthema und ... mit den Omas immer wieder gesprochen und den Omas Tipps gegeben. Weil die eine Oma ist mit so einem Rollwagerl dahergekommen, und da habe ich gleich gesagt „Nein, nein, weg damit, da werden nur die Füße kaputt, das soll er nicht“. Wo man das Kind so reinsetzt mit diesen Rollen ...

Und obwohl der Mutter der Austausch innerhalb der Familie wichtig war, stellte sie klar, dass Entscheidungen in Bezug auf die Bewegungsentwicklung ihres Kindes bei ihr blieben. In einem anderen Beispiel wirkten sich die gemeinsamen Anstrengungen rund um das Kind derart

aus, dass der Großvater unter Anleitung der Kindesmutter und den Anregungen der Therapeutin kleine Möbel baute, die dem Kind als Hilfsmittel dienten (vgl. Bild 1, 2.4.2):

Fr. K. (259-269, AE 297, 298): Und die Großeltern sind auch sehr stark involviert. Ja, also, die haben auch - mein Schwiegervater ist sehr bastlerisch veranlagt - und die haben auch schon Hilfsgeräte gebastelt: eine Holztreppe, damit er zum Waschbecken hinauf krabbeln kann selber, oder ja, mein Vater eben so eine schiefe Ebene für die Bauchlage. Was haben wir noch? Ja so Tische ... so Tisch und Bank aus Holz, dass er selber sitzen kann und selber hinauf krabbeln kann. Solche Dinge.

Hier wurden Ideen innerhalb der Familie entwickelt und zu Unterstützung der Selbständigkeit des Kindes umgesetzt.

- Kategorie 11 „Erwerb elterlicher Kompetenzen“

In dieser Kategorie werden all jene Äußerungen der Eltern erläutert, bei welchen diese einen Zusammenhang zwischen den therapeutischen Stunden und dem Thema Erziehung brachten. An konkreten Beispielen wurde deutlich, inwieweit sich die IPn mit den Inhalten der Angebote identifizieren konnten. Es kann zwar nicht davon ausgegangen werden, dass die Eltern ihre Einstellungen zum Thema (Bewegungs-) Entwicklung und Erziehung ausschließlich aus der therapeutischen Begleitung generierten (der meinungsbildende Prozess zur individuellen Elternschaft wurde in den Interviews nicht berücksichtigt), dennoch führten die Eltern einige neue Verhaltensweisen, die sie später auch in ihrem Alltag beibehielten, auf die Erfahrungen in den Therapiestunden (Einzel-, Gruppenstunde mit dem Kind, Elternabende, Einzelberatung bei den Therapeutinnen) zurück. Die Eltern leiteten aus ihren eigenen Erfahrungen allgemeine Erkenntnisse ab. Sie begannen den Satz oftmals mit den Worten „Ich habe gelernt...“.

Die Eltern sollten ihr Kind in der Therapie zunächst *nur* beobachten. Es gelang ihnen dabei die Fähigkeiten desselben einmal bewusst wahrzunehmen (AE 87). Einige meinten auch, dass das Beobachten unter Anleitung leichter wäre als zuhause, so würden sie die Entwicklungsbereiche ihres Kindes besser einschätzen lernen und sahen positive Veränderungen (AE 188, 333). Die Aufgabe des Beobachtens (für alle am Beginn der therapeutischen Intervention neu/befremdlich) wurde für wichtig erachtet.

FR. K. (202-204, AE 57): ... , ich glaube es war für ihn sehr wichtig, dass ich wirklich einmal eine Stunde wirklich Zeit hatte ihm zuzuschauen, ihn zu beobachten.

Mit den ersten positiven Veränderungen hinsichtlich der Motorik gelang es den Eltern vermehrt Vertrauen in die Fähigkeiten ihres Kindes zu setzen. Diese Zeit des Abwartens gelang

ihnen, sobald sie die dafür nötige Geduld aufbringen konnten. Sie beschrieben dies als „Lernprozess“ (AE 13). Und obwohl sie das „Nicht-Eingreifen“ auch schwierig empfanden, kamen sie zu dem Schluss, dass das Begleiten eines motorisch verzögerten Kindes eine „Gratwanderung zwischen Eingreifen und Abwarten“ blieb (AE 13, 16, 17).

Fr. K. (122-124, AE 13): Geduld haben bringt einfach am Meisten und ist bei andern Kindern möglicherweise hilfreich gewesen. Und das ist halt ein Lernprozess, den man da durchleben muss.

Um das Kind in seiner Aktivität zu bestärken, gaben die Eltern an, dass sie gelernt hätten, die Initiative beim Kind zu belassen, das Tempo desselben zu respektieren und ihm deutlich Anerkennung und Freude zu zeigen. Das selbständige Handeln wäre für das Kind wichtig, dies könnte man noch verstärken, indem man als Mutter oder Vater das Kind sprachlich unterstützt (AE 345, 346). Wenn die Eltern mit dem Kind spielen, sollten sie die Intention des Kindes zunächst verstehen und darauf eingehen (AE 288, 316).

In den Therapiestunden erhielten die Eltern auch Anregungen bezüglich altersgerechtem Spielzeug und bevorzugten Bewegungsmaterialien. Vereinzelt wurden jene Materialien, für die ihr Kind besonderes Interesse entwickelte, auch für zuhause nachgekauft (z.B. Tischtennisbälle, AE 186) oder (so im Haushalt bereits vorhanden) bereitgestellt (z.B. Rührschüssel, Schneebesen...). Auch die Menge der angebotenen Spielmaterialien wurde für zuhause überdacht.

Fr. Sch. (282-385, AE 70): ... ich habe eigentlich gelernt, dass man nicht wirklich Spielzeug braucht im ersten Jahr. Also ich habe viel zu viel gekauft. (Frau Sch. lacht) Also, das war eigentlich alles unnötig. Im ersten Jahr braucht ein Kind kein Spielzeug, weil die Dinge, die es interessieren, sind eh meistens die Sachen aus dem alltäglichen Leben, ...

Darüber hinaus entschlossen sich die Eltern auch den eigenen Wohnraum dahingehend zu verändern, dass sich ihr Kind darin frei bewegen konnte (AE 350), und dass sie dabei nicht immer „Nein“ sagen mussten (351). Zusätzliche Bewegungsangebote, die sich zuhause nicht verwirklichen ließen, die Kinder jedoch mit großer Freude in den Therapiestunden verfolgten, konnten beispielsweise am Spielplatz umgesetzt werden (AE 331).

Insgesamt verbanden die Eltern mehrere Bedeutungen hinsichtlich Veränderungen der motorischen Entwicklung ihrer Kinder. Sie stellten fest, dass „große“ Entwicklungsschritte prägend und somit leicht erinnerlich waren (AE107). Die „kleinen“ Schritte und die Übergangsbewegungen wären ebenso wichtig, jedoch nicht so leicht wahrzunehmen (AE 27, 103).

Fr. K. (399-402, AE 27): Und vor allem, sagen wir so, dass man die kleinen Bewegungen zu schätzen lernt, nämlich die Übergänge, die man ja sonst nicht sieht. Sonst sagt man ja: „Wann krabbelt das Kind? Wann geht das Kind?“ Sondern, dass man wirklich sagt, die Übergänge sind genauso wichtig, damit er das dann wirklich gut beherrscht.

In dieser Form des differenzierten Wahrnehmens der kleinen bis hin zu den kleinsten motorischen Veränderungen, wurde den Eltern bewusst, dass jedes Kind seinen individuellen Entwicklungsverlauf zeigte (AE 320) und selbst bestimmen konnte, *wie* es sich fortbewegte (AE 299). Fr. K. erlebte die Selbständigkeit ihres Kindes auch als (körperliche) Erleichterung für sich selbst (AE 310).

Ausgehend von dem Erziehungsverhalten in Bezug auf die motorische Entwicklung ihres Kindes, überdachten die Eltern generell ihre Einstellungen zum Thema Erziehung. Dabei berichteten sie, wie sie die Haltung aus dem therapeutischen Setting auch in ihrem Alltag mit dem Kind umsetzen konnten (AE 348). Nicht nur die Eltern lernten durch Beobachten, sondern auch die Kinder. Das geschähe jedoch nicht nebenbei, sowohl für Mutter als auch Kind wäre dafür Raum und Zeit notwendig, die sich die Eltern bewusst nehmen mussten. Der Alltag (Haushalt, Pflichten, Handy) würden die Konzentration darauf erschweren.

Fr. Sch. (360-364, AE 312): Ja, und ich mache es jetzt auch noch, dass ich wirklich genauer schaue, was er macht, wie er es macht, sich einfach nur mal mehr Zeit nehmen und ihm einfach einmal zuschaut, sich dazu setzt, weil man sich eben, wie ich vorher schon gesagt habe, durch so viele Dinge ablenken lässt, sei es ein Telefon oder einfach die ganze Umwelt, der ganze äußere Einfluss. Man lässt sich so schnell ablenken ...

Fr. S. erwähnte in diesem Zusammenhang, dass ihr das „Nicht-Ablenken-lassen“ nur in der therapeutischen Gruppe gelang, in anderen Elternrunden, wo sich die Erwachsenen rege unterhielten oder zuhause, wo es ständig Ablenkung gab (Handy, Telefon), war ihr dies nicht möglich (AE 81).

Besonders wichtig war es den Eltern zum Ausdruck zu bringen, dass entwicklungsverzögerte Kinder *und* deren Eltern Unterstützung erhalten. Herr X. meinte zudem, dass die Anregungen, die er während der therapeutischen Betreuung erhielt, nicht nur für ihn, als Vater eines frühgeborenen Kindes, sondern für *alle* Eltern sinnvoll wären (AE 137, 138).

- **Kategorie 12 „Zusätzliche emotionale Belastungen für die Eltern“**

In Kategorie 12 werden all jene Aussagen der Eltern zusammengefasst, in denen zum Ausdruck kommt, mit welchen besonderen Belastungen sich die Bezugspersonen, deren Kind einen langsameren Entwicklungsverlauf zeigen, konfrontiert sehen.

Die Eltern beschrieben die Zeit der intensiven Entwicklungsbegleitung auch als einen Abschnitt vermehrter Sorge um das Kind (vgl. Kategorie 3 Gefühle der Eltern). Drei der befragten Eltern gaben an, dass ihr Kind zu früh zur Welt kam (32. bzw. 35 Schwangerschaftswoche); zwei Elternteile berichteten, dass es bereits in der Schwangerschaft Komplikationen gab, was einen sorgenfreien Start für Mutter/Vater und Kind verhinderte.

Fr. Y. (175-175, AE175): ... Dadurch, dass sie Frühchen ist, hat sie ... ich habe mir schon viele Sorgen gemacht, und habe auch Fragen gestellt: Ist das normal? Ist das nicht normal? Wann wird sie da nächsten Schritt machen? Wann setzt sie sich, wann steht sie sich ... stellt sie sich auf?

Die Verunsicherung der Eltern wurde noch zusätzlich verstärkt, wenn diese ihr Kind mit anderen gleichaltrigen Kindern verglichen, und dabei feststellen mussten, dass es in seiner motorischen Entwicklung nicht mithalten konnte (AE 176) (vgl. Kategorie 6 motorische Möglichkeiten). Die Eltern berichteten auch, dass nicht nur sie selbst den Vergleich mit anderen Kindern suchten, sondern, dass sie sich auch immer wieder mit der Erwartungshaltung Außenstehender konfrontiert sahen.

Fr. Sch. (510-513, AE 319): Nur allgemein, dass man sich einfach von der Umwelt nicht ... also, viel zu viel fertig machen lässt, durch andere Mütter und ... ja, durch Normen und ... das ist das Einzige was mir jetzt im Nachhinein ... einfach, was ich daraus gelernt habe, dass ich beim nächsten Kind sicher nicht so eine Panik machen werde, sondern, ja, wenn das Kind auch mit 18 Monaten geht, gut, dann weiß ich, dass sogar die Veranlagung jetzt da ist. Und man darf sich wirklich nicht wegen jeder Kleinigkeit fertig machen lassen.

Besonders erschwerend erlebte eine Mutter die Kommentare anderer Eltern aus dem Internet, wo sie im Zuge ihrer Recherchen zum Thema Entwicklung auch Elternplattformen fand, die ihre Erfahrungen mit ihren Kindern posteten. Der Vergleich mit so manchem „Wunderkind“ entmutigte die Mutter zusätzlich (AE 382).

Weiters erlebten die Eltern die Zeit, in der sie sich intensiv um die Organisation der Therapie für ihr Kind bemühten, sehr anstrengend (AE 369, 358). Nicht immer konnten sie dabei auf die Unterstützung aus ihrer unmittelbaren Umgebung zählen.

Fr. Sch. (152-154, AE 368): Das haben halt viele im Bekannten- und Freundeskreis nicht verstanden, warum ich da, ja warum er nicht geht, und warum das für mich so wichtig ist, und mich halt auch fertig macht teilweise.

Das Aufspüren eines geeigneten Therapieplatzes gestaltete sich für die Eltern wiederum schwierig, die Eltern fühlten sich teilweise allein gelassen oder mit mangelhaften Informationen konfrontiert.

Fr. K. (474-475, AE 361): Ja, ich finde, dass man sehr viel – vor allem auch die Frühförderung - dass man das alles ... ich finde es halt schlimm, dass man sich das alles so selber holen muss. Also, wenn man jetzt da ein bisschen lasch ist oder vielleicht nicht die Zeit hat oder die Lust hat,

dass man sich jetzt so damit beschäftigt, find ich, ist es nicht so leicht, dass man auf die ... dass man zu den Informationen kommt.

In Zusammenhang mit der Bedeutung der Inanspruchnahme des therapeutischen Angebots kam auch hier einmal mehr zum Ausdruck wie sehr die Eltern selbst und ihr Kind einer qualifizierten Begleitung bedurften. Selbst unter Anleitung gaben manche an, dass es zuhause schwer war, dem Kind jene Aufmerksamkeit zu widmen, so wie es ihr Kind zum damaligen Zeitpunkt benötigte (AE 327, 330).

- **Kategorie 13 „Zugang zur Therapie“**

In Kategorie 13 wurden alle jene Erfahrungen der Eltern zusammengefasst, die diese in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme des Therapieangebotes nannten. Hierbei werden die Motive der Eltern bevor es zur therapeutischen Intervention kam ebenso wie deren allgemeine Zufriedenheit über Angebote für entwicklungsverzögerte Kinder und deren Eltern erläutert. Das wichtigste Motiv, weshalb die Eltern aktiv wurden und professionelle Hilfe aufsuchten, war die Tatsache, dass ihr Kind „frühgeboren“ (AE 134) war oder im Laufe des ersten Lebensjahres in seiner motorischen Entwicklung auffällig wurde (AE 48). Die erste Initiative kam von den Eltern selbst (AE 189, 190). Fr. K. musste sich besonders vehement für weitere Behandlungen ihres Kindes auch gegenüber dem Kinderarzt einsetzen:

Fr. K. (442-444, AE 359): ... Also, wenn ich jetzt nicht so vehement gesagt hätte, irgend etwas passt nicht, irgend etwas müssen wir machen oder irgend etwas müssen wir genauer schauen, hätte es sicher ... wahrscheinlich noch mehrere Monate gedauert, bis der Kinderarzt wirklich gesagt hätte: „Ok, jetzt müssen wir zur Physiotherapie oder jetzt müssen wir uns das anschauen“ oder sonst irgend etwas.

Fr. K. (444-449, AE 360): Oder zum Beispiel auch die Frühförderung, die ich ja auch in Anspruch nehme, die habe ich im Krankenhaus irgendwo gelesen, es gibt Frühförderung für Kinder. Aber das ist mir zum Beispiel nicht ... im Zuge der Entwicklungsdiagnostik haben die das mir nicht gesagt, dass es das gibt und dass das sehr sinnvoll wäre für mein Kind. Und das habe ich eigentlich sehr schade gefunden.

Allen Eltern war es wichtig zu sagen, wie schwer es teilweise war, einen geeigneten Therapieplatz für die Bedürfnisse ihres Kindes (und auch für sich selbst) zu finden. Die Frage, ob sie im Zusammenhang mit dem Therapieangebot auch eine kritische Anmerkung machen wollten, beantworteten alle 5 IPn mit der Forderung nach mehr Therapieangeboten.

Hr. X. (365-366, AE 392): (denkt nach) Hm, ja, dass man das intensiviert solche Sachen, also nicht nur ... Gruppenbetreuung, sondern ... ich könnte mir vorstellen, dass da individuelle Betreuung auch gefragt ist ...

7.3 Reflexion zu den Interviews und dem Verlauf der Inhaltsanalyse

Die 13 dargestellten Kategorien entsprechen all jenen Inhalten in zusammengefasster Form, welche die Eltern aus ihrer subjektiven Sicht äußerten. Die Ergebnisse der Untersuchung sind somit auf Grundlage der Interviews der fünf IPn, deren Kinder aufgrund ihrer Frühgeburtlichkeit und/oder motorischen Auffälligkeiten (Hypotonie) im ersten Lebensjahr in funktionell therapeutische Betreuung gelangten, zu verstehen²⁷. Zum Zeitpunkt der Interviews hatten alle Kinder bereits den zweiten Geburtstag hinter sich, alle Eltern konnten über den Gehbeginn ihres Kindes berichten. Diese motorische „Errungenschaft“ war für alle Eltern ein wichtiges Erlebnis.

Darüber hinaus gab es bei den Interviews Besonderheiten, die sich letztlich auch in der Analyse darstellen. Die von den Eltern angesprochenen Themen behandeln zum überwiegenden Teil Erfahrungen, die sich auf die eigene Person beziehen (vgl. 7.1). In sechs von dreizehn erhaltenen Kategorien finden sich relevante Inhalte, die speziell auf die Situation der Bezugspersonen fokussieren.

Alle Interviews zeichneten sich dadurch aus, dass die IPn der Untersucherin mit besonders großer Offenheit entgegentraten. Diese Offenheit wird in der Literatur als wichtiger Bestandteil der Interviewatmosphäre genannt, die Interviewerin hatte darüber hinaus jedoch den Eindruck, dass die Eltern diese spezielle Situation auch nutzten, um über (teilweise schwierige) Emotionen einer Lebensphase zu sprechen, die geprägt war um die Sorge um das Kind.

Abseits der Inhalte, die die Eltern zu den gestellten Fragen brachten, hatte jede IP auch „ihr eigenes Thema“, das sie von sich aus in das Gespräch einbrachten. Aus den Interviewprotokollen, in denen Daten zur Person, dem Kind und auch der erste Eindruck zu den Interviews vermerkt wurde, fanden sich Schlagworte wie „Die Kindesmutter erlebte die Zeit rund um die Therapie unter enormen Leistungsdruck/Zweifel an der eigenen Person/Fähigkeiten des Kindes werden den eigenen Fähigkeiten als Mutter gleichgestellt“. Ein Elternteil konnte in besonderer Weise auf die positiven Aspekte der Therapie eingehen, indem er meinte, die Tatsache, dass sein Kind frühgeboren war, verhalf ihm dazu, ein Setting in Anspruch zu nehmen, dass „alle Eltern mit ihrem ersten Kind brauchen könnten“.

Bei jenen Passagen des Interviewtextes, bei denen die Eltern ihre „eigene Geschichte“ einbrachten, zeigte sich, dass es durch die Anwendung des Analyseverfahren nur bedingt möglich war, Ergebnisse herauszuarbeiten, um das Gesagte ausreichend zu interpretieren. Die

²⁷ Auf Zusatzinformationen der behandelnden Therapeutinnen oder auf das Einsichtnehmen der „Patientenkartei“, im Sinne von ExpertInneninterviews bzw. einer Dokumentenrecherche, wurde bewusst verzichtet; die Untersucherin legte Wert darauf, die subjektiven Darstellungen der Eltern unbeeinflusst wahrnehmen zu können.

Stärke der qualitativen IA liegt in der Zusammenfassung des manifesten Inhalts. Aufgrund der sensiblen Themen wären jedoch hier weitere Verfahrenstechniken, wie beispielsweise die Feinstrukturanalyse (Froschauer, Lueger) oder die objektive Hermeneutik (Oevermann), von Vorteil. Mithilfe derer wäre es auch möglich die Textstellen extensiver zu interpretieren bzw. latente Inhalte herauszuarbeiten.

Da alle Interviews zuhause bei den Familien stattfanden, hatte die Interviewerin auch die Gelegenheit, die selbstgebauten Hilfsmittel/Möbel von Fam. K. zu sehen. Fr. Y. zeigte ihr am Ende des Interviews die Videos, die während der Therapiestunden aufgenommen wurden.

In dem nun anschließenden Kapitel sollen die Ergebnisse der Kategorien vor dem Hintergrund der beiden Fragestellungen diskutiert werden. Der Fokus der Interpretation der Untersuchungsergebnisse liegt dabei bei jenen Inhalten, die auf hilfreiche Aspekte aus dem Therapieangebot eingehen, und die einen Bezug zur Theorie des Konzeptes der selbständigen Bewegungsentwicklung von Emmi Pikler zulassen. Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung werden vor allem jene Aussagen der Eltern herangezogen, aus denen hervorgeht, ob und wie diese ihre Erfahrungen aus dem therapeutischen Setting auch im Alltag mit ihren Kindern umsetzen konnten.

8 Beantwortung der beiden Forschungsfragen und Diskussion der Untersuchungsergebnisse

In der Herleitung der beiden Forschungsfragen wurde im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit Bezug darauf genommen, wie das Konzept Piklers für Kleininder und deren Eltern im deutschsprachigen Raum Verbreitung und Anerkennung fand. Die Autorin stellte sich darüber hinaus die Frage, inwieweit Eltern entwicklungsverzögerter Kinder ein funktionell, therapeutisches Angebot, in dem die Prinzipien der selbständigen Bewegungsentwicklung nach Emmi Pikler berücksichtigt wurden, als hilfreich empfanden. Ausgehend von Erfahrungen, dargestellt aus der Sicht von Experten der Pikler-Hengstenberggesellschaft Österreich (Kap. 5) und der Piklergesellschaft Berlin (Kap. 4), sind hier die Ergebnisse aus der Analyse der Interviews von fünf Eltern von Interesse, die über ihre Erfahrungen aus einem funktionell, therapeutischen Setting berichteten.

8.1 Beantwortung der beiden Forschungsfragen

Die Forschungsergebnisse der Inhaltsanalyse sollen hinsichtlich der beiden Fragestellungen, die in Kapitel 1 formuliert wurden, überprüft werden. Die erste Frage lautete:

Inwiefern erleben Eltern ein nach dem Konzept der selbständigen Bewegungsentwicklung nach E. Pikler gestaltetes Therapieangebot bei ihrem Kind, das in seiner motorischen Entwicklung retardiert ist, als hilfreich?

Die Aussagen der Eltern weisen in mehreren Bereichen auf die in den Kapiteln 2 bis 5 dargestellten Arbeitsmethoden, wie sie auch aus dem Konzept Piklers, der Arbeitsweise von Aly und dem Setting Spielraum, bekannt sind, hin. So lassen sich anhand einer Zusammenschau der erhaltenen Kategorien *hilfreiche Aspekte* ausnehmen, die die Eltern in ihrer Haltung gegenüber dem Kind bzw. an ihrem Kind selbst wahrnahmen.

Die Aufgabe der Eltern, ihr *Kind* in den therapeutischen Stunden *aufmerksam zu beobachten*, erlebten die Eltern positiv. In dieser Zeit gab es keinerlei Ablenkungen, den Eltern gelang es so, ihre Aufmerksamkeit ausschließlich auf das eigene Kind zu richten, was zuhause nicht immer gelang. Pikler spricht in der Beschreibung der „Rolle des Erwachsenen“ davon, dem

Kind zu gewissen Zeiten die *ungeteilte Aufmerksamkeit* zu schenken. Diese **Form des Beobachtens** ermöglicht der Mutter/dem Vater sich aktiv in die Fähigkeiten des Kindes hineinzusetzen, wodurch das Bild eines Kindes entsteht, das eigenaktiv und kompetent wirkt. Dieses Bild ersetzt jenes, das die Eltern zuvor in sich trugen und primär das „Nicht-Können“ im Vergleich zu Gleichaltrigen kennzeichnete (vgl. 3.4.2 Das Beobachten des Kindes). Die Eltern erlebten das Beobachten als aktive Unterstützung ihres Kindes. Sobald sie eine neue Aktivität desselben wahrnahmen und sich darüber freuten, übertrug sich diese Freude sichtbar auf das Kind. Pikler spricht davon, dass eine respektvolle Haltung dem Kind gegenüber die **Interaktion zwischen Mutter und Kind** verbessern kann (vgl. 3.3.4), im vorliegenden Fall sprechen die Eltern konkret darüber, *wie* sich diese Veränderung vollzieht.

Die Eltern kamen selbst zu dem Schluss, dass kleine Veränderungen schwer zu erkennen seien; die Großen dafür leichter. Umso wichtiger erschien es ihnen, die *Übergangsbewegungen* ebenfalls kennen und schätzen zu lernen (vgl. K11 Erwerb elterlicher Kompetenzen). Pikler meinte, dass es vor allem bei Kindern, deren Bewegungsentwicklung langsamer verläuft, wichtig wäre, auf die **Übergangsbewegungen** derselben zu achten (vgl. Kap. 1.1).

Des Weiteren gaben die Eltern an, dass das Kind, sobald es durch die Anerkennung der Bezugsperson gestärkt war, an Zuversicht gewann. Sie beobachteten, dass die **Bewegungen ihrer Kinder mutiger und sicherer** wurden. Insgesamt hätte dies das **Selbstvertrauen des Kindes** gestärkt (Kat. 7, Zuschreibung zur Persönlichkeit und emotionalem Erleben des Kindes). In der Literatur von Emmi Pikler wird oftmals der Begriff „Umsichtigkeit“ verwendet bzw. davon gesprochen, dass vermehrtes *Zutrauen in die Fähigkeiten* des Kindes das *Selbstbewusstsein* desselben stärken kann (vgl. 3.3.2 eigenständige Aktivität macht zufrieden).

Eine weitere Beobachtung jener Eltern, die mit ihrem Kind die Gruppe besuchten, bestand darin, dass die Kinder ganz individuell entschieden, wann sie sich von ihrer Bezugsperson entfernten um das Bewegungsangebot im Raum zu nutzen oder mit anderen Personen (Kindern) in Kontakt zu treten. Die Eltern beschrieben den *Prozess des Ablösens* sehr detailliert. Sie kamen zu dem Schluss, dass das **Kind selbst Nähe und Distanz zur Bezugsperson** bestimmen kann, das Eingreifen der Erwachsenen war nur bei Konflikten zwischen den Kindern notwendig.

Vor Beginn der therapeutischen Intervention brachten die Eltern dem Kind eine gewisse Erwartungshaltung entgegen; sie erwarteten, dass es sich in der Therapie „bewegen soll“. Ihre Ungeduld übertrug sich jedoch auf das Kind ebenso wie die **Gelassenheit**, die sie im Laufe der Therapie erwarben. „*Geduld haben* bringt einfach am meisten ... Das ist ein Lernprozess,

den man durchleben muss“ (Fr. K. 122-124, AE 139). Sobald den Eltern ihre Haltung bewusst wurde, gelang es ihnen mit Unterstützung der Therapeutin, ihre Ungeduld hintanzustellen und stattdessen das **Vertrauen in die Fähigkeiten ihres Kindes** in den Vordergrund zu rücken. So verbessert sich nicht nur ihr Bild vom Kind, sondern (subjektiv) auch die *motorischen Möglichkeiten des Kindes* (K6). Ob dies auch durch objektive Beurteilungskriterien (wie z.B. durch direkte oder indirekte Beobachtung) bestätigt werden könnte, ist nicht das vordergründige Interesse der Eltern. „... er genießt das sehr - obwohl er noch immer eingeschränkter ist als andere Kinder -, dass er (sich, Anm. der Aut.) in seinem Rahmen frei bewegen kann...“ (Fr. K., AE 355, 356). **Mutter und Kind erleben einen Erfolg.** Auf die Erfahrung des gegenseitigen Vertrauens können beide auch in späteren (schwierigen) Lebensphasen zurückgreifen.

Die Veränderungen der motorischen Möglichkeiten des Kindes sind somit nicht unmittelbar als Effekt des therapeutischen Handelns zu verstehen, sondern ergeben sich vielmehr aus dem Zusammenwirken der beiden Faktoren *entwicklungsgerechte Bedingungen* und *veränderte Haltung der Bezugsperson seinem Kind gegenüber*. Dies widerlegt den (noch immer stark verbreiteten) „Reparaturgedanken“ vieler Eltern und Anhänger heilsversprechender Methoden in der funktionellen Therapie, bei denen therapeutische Ziele in erster Linie durch möglichst frühe, intensive und direkte Intervention (Behandlung) am Kind verfolgt werden.

Die anwesende **Therapeutin** wurde insofern hilfreich erlebt, als sie gemeinsam mit der Mutter erleichternde Maßnahmen für den Alltag entwarf (z.B. Hilfsmittel, vgl. 7.2, K5 *Die Rolle der Therapeutin*). Weiters bezeichneten die IPn diese als Expertin zum Thema Entwicklung, die sie um Rat fragen konnten. Im Rahmen der Therapie wurde sie auch als Ansprechperson in der Sorge um das Kind erlebt (vgl. Kap 4.3.4 Begleiten der Eltern).

Eine weitere Erkenntnis der Eltern bestand darin, dass es ihnen durch die Unterstützung der Therapeutin eher gelang, neue Entwicklungsfortschritte wahrzunehmen, und dass diese ihr **Gefühl der Anerkennung dem Kind gegenüber verstärkte**. Die IPn beurteilten die Therapeutin einerseits als Expertin, die die motorischen Fortschritte ihrer Kinder begleitete, andererseits sahen diese in ihr auch eine Ansprechperson, die sie emotional unterstützte. Diese Form der Unterstützung und des „Halt-bietens“ lässt sich mit dem Begriff des „containments“ nach Bion vergleichen. Bion beschreibt dabei, wie die Bezugsperson die negativen Gefühle des Säuglings aufnimmt und ihm dabei hilft, diese auszuhalten bzw. sich emotional zu regulieren. Die Eltern erlebten die Dynamik zwischen ihrer eigenen Person und der Therapeutin ähnlich.

Im Falle des Gruppensettings zeigten sich auch Übereinstimmungen mit dem Konzept des SpielRaumes. Die verpflichtenden 14-tägig stattfindenden *Elternabende*, in denen das Erlebte mit den Therapeutinnen besprochen/reflektiert wurde, war für alle TeilnehmerInnen hilfreich (K 4). Die Reflexion des Erlebten half den Eltern die Aktivitäten ihrer Kinder und ihr eigenes Handeln besser verstehen zu lernen. Es entstand eine „*Art Solidarität*“ innerhalb der Elterngruppe, dies schuf Vertrauen (vgl. 5.2). So bestand der *Austausch an den Elternabenden* einerseits mit den Therapeutinnen, denen die Rolle der Expertinnen zugeschrieben wurde, andererseits waren aber auch die Eltern weiterer Gruppenkinder von großer Bedeutung. Sie kannten sich über einen längeren Zeitraum und konnten einander vertrauen. Die gemeinsamen Erfahrungen gingen über das Gefühl der Solidarität hinaus. Die Tatsache, dass auch diese Eltern in Sorge um die Entwicklung ihres Kindes waren, zeichnete diese ebenfalls zu „ExpertInnen“ aus.

Die Untersuchungsergebnisse zeigten auch, an welchen Stellen die Eltern die Anregungen aus der Therapie übernommen hatten bzw. inwiefern diese die Haltung gegenüber dem Kind, im Alltag weiter beibehalten konnten. Die zweite Forschungsfrage danach lautete:

Inwiefern können die Anregungen aus dem Behandlungskonzept für das entwicklungsverzögerte Kind in den Alltag von Mutter und Kind übernommen werden?

Einige Eltern gaben an, wie schwer es für sie zu Beginn der Therapie war, wenn ihr Kind im **Vergleich mit Gleichaltrigen** unterlag. Die Mutter/der Vater fühlte sich durch die Therapie bestärkt, die aktuellen Fähigkeiten ihres/seines Kindes für wertvoll zu erachten. In dieser Weise gestärkt, gelang es ihr/ihm diese Position auch nach außen hin zu vertreten bzw. „wohlgemeinten Ratschlägen“ aus der Familie oder von Außenstehenden zu begegnen. Aly beschreibt in der Arbeit mit Eltern entwicklungsverzögerter Kinder, dass die Begleitung der Eltern eine ebenso wichtige Rolle spiele, wie die des Kindes. Dadurch würden diese mehr Selbstsicherheit und elterlicher Kompetenz erlangen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, wie wichtig dies für die Eltern auch abseits der Therapiestunden war. (vgl. 4.3.4 *Begleiten der Eltern*).

Nicht allen Eltern gelang es, die abwartende Haltung in den Alltag zu übernehmen, sie gaben an, dass das Begleiten des eigenen Kindes eine „**Gratwanderung zwischen Abwarten und Eingreifen**“ blieb (vgl. K11, *Erwerb elterlicher Kompetenzen*).

Angeregt durch das therapeutische Setting bzw. durch den Austausch mit den Therapeutinnen oder den weiteren GruppenteilnehmerInnen entschlossen sich die Eltern, die Zahl und die Art der **Spielmaterialien** zu verändern. Sie stellten ihrem Kind auch zuhause Material zur Verfügung, das diese in der Therapie kennenlernten, einige veränderten den **Wohnraum** so, dass sich das Kind vermehrt eigenaktiv bewegen konnte (vgl. 3.4.3 *Bereitstellen der vorbereiteten Umgebung*).

Durch die Beantwortung der beiden Fragestellungen werden die Untersuchungsergebnisse der Inhaltsanalyse nicht zur Gänze dargelegt. Die Eltern formulierten darüber hinaus Themen, die für sie persönlich in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme des therapeutischen Settings wichtig waren und die in der folgenden Diskussion erwähnt werden sollen. Diese scheinen im Sinne eines weiteren Erkenntnisgewinnes ebenso von Bedeutung.

8.2 Diskussion der Untersuchungsergebnisse

Die Eltern brachten von sich aus Themen, die sich in der Literatur zur Piklerpädagogik zwar aus der Sicht von Expertinnen fanden, nicht jedoch aus der Sicht von Eltern entwicklungsverzögerter Kinder. Die Ergebnisse dazu scheinen insbesondere von Interesse, als beispielsweise die Sorge um die Entwicklung des Kindes aus der Sicht direkt Betroffener in besonderer Weise deren Bedürfnisse darlegt. Die Ergebnisse dazu können in weiterer Folge neue Erkenntnisse darstellen, um notwendige Aspekte einer *kind- und entwicklungsgerechten* Therapiegestaltung aufzuzeigen.

Als „**zusätzliche emotionale Belastung**“ gaben manche Eltern an, dass sie sich mit einem Kind, das nicht den Normen einer „**Leistungsgesellschaft**“ entspricht, ausgegrenzt fühlten. Dieses Gefühl der Benachteiligung bis hin zur gesellschaftlichen Isolation bedeutete für eine Mutter, in ihrer Rolle versagt zu haben. In dieser Zeit war der Bedarf der Unterstützung für die Mutter größer, als der des Kindes. Sie gab an, dass ihr Leidensdruck erst abnahm, sobald sich ihr Kind fortbewegen konnte.

Ebenso belastend war die Situation jener Eltern, die auf der **Suche nach einem geeigneten Therapieplatz** für ihr Kind keine oder nur mangelhafte Informationen erhielten. Der Zugang

zur Therapie für Eltern mit entwicklungsverzögerten Kindern wird von diesen, zusätzlich zu der Sorge um das Kind, **erschwerend** erlebt. Unabhängig von jeder weiteren fachlichen Einschätzung gaben sie an, dass Eltern entwicklungsverzögerter Kinder Unterstützung in der Begleitung desselben brauchen. Ihre eigene Sorge um das Entwicklungstempo des Kindes müsse dabei genauso berücksichtigt werden, wie der medizinisch objektive Blick auf die Motorik des Kindes.

In kritischer Weise sei hier noch ergänzt, dass die Ergebnisse der Untersuchung stark im Zusammenhang mit der Auswahl der interviewten Personen zu sehen sind. Die Eltern konnten sich im hohen Maße mit dem therapeutischen Setting „identifizieren“. Aus den Erzählungen der Eltern selbst und den Informationen der Therapeutinnen der Gruppe ging hervor, dass sich nicht alle Familien ausnahmslos diesem therapeutischen Konzept anschließen konnten. So gab es Familien, die nach kurzer Zeit die Therapie abbrachen. Das funktionell therapeutische Konzept, bei dem die pädagogischen Prinzipien Piklers berücksichtigt werden, scheint insbesondere Eltern anzusprechen, die per se den Gedanken an das eigenverantwortliche Handeln eines Kindes in sich tragen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das therapeutische Angebot viele Aspekte aufweist, die das Konzept Piklers erkennen lassen und die aus der Sicht der Eltern positiv erlebt wurden. Während die Zuschreibungen, die sie in Bezug auf das therapeutische Setting und die Rolle der Therapeutin tätigten, große Übereinstimmung mit dem Arbeitskonzept des Spielraumes oder dem Konzept Piklers zulassen, so zeigte sich darüber hinaus, dass die Eltern der Gruppe sich gegenseitig als Unterstützung erlebten. Die Gespräche, sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie, waren den Eltern sowohl fachlich als auch emotional eine wichtige Unterstützung. Einigen Eltern gelang es auch die Haltung aus dem therapeutischen Setting bzw. Anregungen für Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten mit in den Alltag zu übernehmen.

9 Resümee und Ausblick

Die Diskussion der Untersuchungsergebnisse mit dem zuvor dargestellten pädagogischen Konzept Piklers und weiterer Entwicklungen, die aus deren Handlungskonzept heraus entstanden sind, zeigte eine Reihe von Übereinstimmungen. Die Eltern formulierten, worin konkret die Unterstützung bestand, die sie während der Inanspruchnahme der Therapie erhielten. Der Bedarf bestand in der Begleitung der Entwicklung des Kindes. Es waren dies Fragen zum Thema motorische Entwicklung, „das Körperliche“ (Fr. S, AE 91), zu Themen der Entwicklung allgemein und bezüglich der Begleitung der Eltern, „das Seelische“ (Fr. S. ebd.).

Wie bereits in der Einleitung angesprochen, vertritt Gerhard Klein (1995, 118) die Ansicht, dass medizinisch-therapeutische Angebote immer pädagogisch eingebettet sein müssen. Um den vielfältigen Ansprüchen von Mutter/Vater und Kind gerecht zu werden, reiche ein medizinisch orientiertes „Be – Handlungskonzept“ nicht aus. Die Darstellungen der InterviewpartnerInnen zeigten, dass Piklers Prinzipien (ein Verzicht auf direktes Eingreifen in das Entwicklungsgeschehen des Kindes, stattdessen aber ein umfassendes Auseinandersetzen mit seinen aktuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen) sowohl beim Kind als auch bei seiner Bezugsperson zu einem positiven Ergebnis führten. Wie bereits in Kap. 8 angesprochen (vgl. 88), widerspricht das Konzept der selbständigen Bewegungsentwicklung von Pikler in hohem Maße dem „Reparaturgedanken“ medizinisch orientierter Förderkonzepte. Das Konzept Piklers verfolgt nicht die Idee, dass motorische Schritte aufgeholt werden sollen, sondern daß dem sich langsam entwickelnden Kind die notwendige Zeit dafür geben wird.

Aus den Ausführungen der Eltern ließ sich eine weitere Prämisse ausmachen, die die Forderung Kleins erweitern könnte. Nicht nur Behandlungsangebote müssen pädagogische Inhalte berücksichtigen, sondern auch bereits die Phase, die die Eltern zuvor erleben. So Eltern einen Therapiebedarf deklarieren, wird dieser meist anhand des Entwicklungsstandes des Kindes ermittelt. Der Leidensdruck der Bezugsperson steht dabei nicht im Vordergrund des Interesses. Die Analyse der Einzelfälle zeigte jedoch, dass die vermehrte Sorge um das Kind zu einer zusätzlichen Belastung desselben werden kann. Aus der Kleinkind- und der psychoanalytischen Pädagogik ist bekannt, wie sehr negative als auch positive Gefühle der Mutter/des Vaters das Erleben des Kindes beeinflussen können (Rauh 2008, 211). Diese Prämisse könnte demnach lauten, dass bereits die Phase der Diagnostik pädagogisch relevante Aspekte berücksichtigen müsse.

In dieser Arbeit konnten die vorgestellten Fälle nur bedingt das gegenseitige Erleben von Mutter und Kind herausarbeiten. Anderer Methoden, wie beispielsweise die infant observation (Diem-Wille 2004, 20f) oder die indirekte Beobachtung anhand von Videos, könnten zu anderen Ergebnissen führen. Ebenso könnte die Bearbeitung des Forschungsmaterials aus psychoanalytisch pädagogischer Perspektive wiederum andere Fragestellungen aufzeigen. Die Gefühle der Eltern konnten in der Analyse des Forschungsmaterials nur soweit interpretiert werden, als dies die Methode der Inhaltsanalyse erlaubte. Hier wären auch andere Methoden, die das Material extensiver auslegen und den Inhalt auch in Hinblick auf latente (unbewusste) Anteile untersuchen können, geeignet.

In der Beschreibung der Rolle des Erwachsenen gegenüber dem Kleinkind und in der Hilfestellung im Umgang mit diesem in der täglichen Praxis nimmt Pikler vorweg, was mittlerweile Eingang in die wissenschaftliche Theorie der Kleinkindpädagogik oder Frühförderung gefunden hat (z.B. Das Einfühlen in das Interesse des Kindes, 2.4.1, 3.4.1²⁸). In Falle des entwicklungsverzögerten Kindes zeigte sich, dass die Aufgabe des geduldigen Abwartens mittels Beobachtens erst mit der Zeit und durch die regelmäßige Begleitung der Eltern (durch die Therapeutin) für diese nachvollziehbar und sinnvoll verstanden werden konnte. Die Diskussion darüber, inwieweit das Kind, das in seiner Entwicklung beeinträchtigt ist, aus eigener Initiative oder durch die aktive Unterstützung durch den Erwachsenen zu Lösungen im Tun (Spiel) herangeführt werden soll, wird auch in der Frühförderung geführt (Datler 2004, 45 ff).

Das Studium der Literatur von Vertreterinnen der Piklerpädagogik läßt jedoch den wissenschaftlichen Dialog mit anderen Konzepten der frühen Pädagogik vermissen. Diese verweisen zumeist auf die empirischen Daten der Langzeitstudien des Piklerinstituts (2.3) bzw. auf ihre Erfahrungen mit dem Konzept Piklers und der Umsetzung des theoretischen Wissens darüber in der Praxis. An dieser Stelle könnten weitere wissenschaftliche Arbeiten im Sinne vergleichender Studien den theoretischen Hintergrund an der Piklerpädagogik orientierten Handelns näher beleuchten.

Das Ergebnis der Analyse brachte einen Aspekt hervor, der in der heilpädagogischen Diskussion über die Förderung entwicklungsverzögerter Kinder bisher wenig beachtet wurde. Das Setting „Gruppe“, in Verbindung mit regelmäßigen Elterngesprächen, zeigte positive Verän-

²⁸ In der Beschreibung der Prinzipien finden sich Hinweise, die Ähnlichkeiten mit Theorien der psychoanalytischen bzw. der Kleinkindpädagogik aufweisen: Prinzip der Gegenübertragung nach Freud; „containment“ Das Gefühl des „Aufgehobenseins“ nach Bion oder „Die Fähigkeit der Mentalisierung“ nach Fonagy.

derungen hinsichtlich des kompetenten Handelns der Eltern und einer bewussten Alltagsgestaltung für das Kind. Diese Erkenntnisse decken sich mit den Beschreibungen über die Eltern-Kind-Arbeit von Hans Weiß (1989, 66f). Es scheint, dass die verschränkte Form von (funktioneller) Therapie für das Kind und begleitende Elterngespräche, in denen die Erlebnisse der Therapie besprochen und verarbeitet werden können, eine positive Wirkung für das Selbstbewusstsein und die Kompetenzentwicklung der Eltern haben (Weiß ebd.). In der vorliegenden Arbeit wurden diese Themen angesprochen und anhand der Aussagen der InterviewpartnerInnen diskutiert.

Die Eltern selbst haben kritisch angemerkt, dass es hierfür zu wenig Angebote (Therapieplätze) gibt (K13). So könnten die Ergebnisse dieser Arbeit auch als Grundlage dafür dienen, um Konzepte ebensolcher therapeutischen Gruppen, die speziell für Eltern und Kinder, die in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind, zu entwerfen. Ebenso können die erhaltenen Untersuchungsergebnisse mit anderen Konzepten der frühen Pädagogik/Intervention verglichen werden, wobei in dieser Arbeit das Konzept der selbständigen Bewegungsentwicklung berücksichtigt wurde.

10 Anhang

10.1 Interviewleitfaden

Einleitendes Statement:

Ich freue mich, dass sie sich für dieses Interview Zeit genommen haben. Ich schreibe an der Universität Wien meine Diplomarbeit zum Thema Entwicklung und Förderung der Entwicklung in den ersten Lebensjahren. In diesem Zusammenhang interessiere ich mich besonders für die Arbeitsweise, die Sie und ihr Kind im Ambulatorium Fernkorngasse kennengelernt haben.

A. Themenbereich: Erfahrungen der Eltern, die sie in der Eltern-Kind-Gruppe bzw. in der Einzeltherapie gemacht haben:

F1: Sie haben eine Eltern-Kind-Gruppe/Physiotherapie in der Ambulatorium Fernkorngasse (...) gemeinsam mit ihrem Kind in Anspruch genommen. Können Sie mir erzählen, was sie dort mit ihrem Kind erlebt haben?

F2: Wie kamen sie eigentlich in diese Gruppe/die physiotherapeutische Betreuung? Hat man Sie der Kinderarzt geschickt; haben sie von sich aus angefragt?

F3: Wie waren dort die Rahmenbedingungen, wie oft haben sie und ihr Kind die Gruppe/Physiotherapie besucht?

[Wie lange ist das jetzt her, ist ein Wiedereinstieg in eine neue Gruppe geplant? Wie sind sie mit dem Ambulatorium verblieben?]

F4: Wie wurde in dieser Gruppe/Einzeltherapie gearbeitet? Können Sie mir den Ablauf so einer Stunde skizzieren?

[gilt nur für IPn der Gruppe] F5: Wie war für Sie die Situation in der Gruppe? Haben sie auch die Kinder der anderen Teilnehmerinnen beobachtet?

ZF5: Vergleicht man da?

F6. Ganz allgemein: Wie erleben Sie selbst Ihre Rolle als Vater/Mutter in Bezug auf die Bewegungsentwicklung ihres Kindes? Wie würden Sie das beschreiben?

B. Themenbereich: Das Erleben des eigenen Kindes in der Gruppen-/Physiotherapie

F1: Wenn Sie zurückdenken an die Gruppen-/Therapiesituation; hat sich Ihr Kind da wohl gefühlt

F2: Wenn Sie sich die einzelnen Entwicklungsschritte Ihres Kindes vor Augen halten; an welche erinnern sie sich besonders?

ZF2: Fällt Ihnen dazu ein Beispiel ein, beschreiben Sie das einmal!

F2: Erinnern Sie sich an eine bestimmte Situation, in der Ihr Kind besonders lange/ausdauernd mit einer Bewegung beschäftigt war?

ZF2: Wie war da seine Laune?

F3: Gab es spezielle Spielmaterialien, mit denen Ihr Kind besonders gerne/ausdauernd gespielt hat?

C. Mögliche Umsetzung der Erfahrungen aus der Gruppe im Alltag von Mutter und Kind; Spezielle Erfahrungen außerhalb der Gruppe

F1: Können Sie die Erfahrungen, die Sie in der Eltern-Kind-Gruppe gemacht haben, zu Hause umsetzen?

F2: Das Beobachten des eigenen Kindes- wie es auch in der Therapie/Gruppe geschieht- können oder konnten Sie das zu Hause umsetzen?

F3: Haben Sie in der Therapie/Gruppe Anregungen für zu Hause erhalten, welche Gegenstände oder Spielmaterialien sich besonders für den aktuellen Entwicklungsstand Ihres Kindes eignen?

F4: Wie unterstützen sie Ihr Kind wenn es eine neue Bewegung erlernt, gab es dazu Anregungen in der Gruppe/Physiotherapie?

F6: Hat Ihr Partner oder eine weitere Bezugsperson ebenfalls das therapeutische Angebot in Anspruch genommen?

ZF6: (wenn ja) Aus eigenem Interesse oder aus organisatorischen Gründen?

D. Abschluss:

F1: Wenn Sie jetzt nicht an eine einzelne Stunde sondern an die gesamte Dauer der Therapie/Gruppe denken: Haben Sie und Ihr Kind aus diesem therapeutischen profitiert? Was haben sie nach Hause mitgenommen?

F2: Gibt oder gab es auch Einschränkungen? Wo sagen Sie: Diese Anregung passt weder für mich noch für mein Kind.

F3: Haben Sie für das therapeutische Angebot noch einen Verbesserungsvorschlag?

Abschlussstatement:

Sie haben mir einen großen Einblick in ihre persönlichen Erfahrungen gewährt –Vielen Dank. Möchten Sie vielleicht noch irgendein Thema ergänzen, das ihrer Meinung nach zu kurz oder gar nicht kam?

10.2 Tabelle Inhaltsanalyse

Ad Kap. 7.1_1 Wie haben die Eltern das Angebot erlebt, sei es in der Gruppen- oder der Einzeltherapie

Interview	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Frau K.	43	1	Am Anfang habe ich wöchentlich die Therapie gehabt.	Die Therapie fand wöchentlich statt.	Wöchentliche Therapie
Frau K.	49-50	2	Das erste halbe Jahr war sehr intensiv, so immer wöchentlich.	Wöchentliche Therapie.	Therapiefrequenz nach Bedarf
Frau K.	50-51	3	Und dann, wie er (D.) begonnen hat zu krabbeln, da haben wir dann die (Therapie-) Intervalle ein bisschen hinausgezögert.	Mit Beginn der Fortbewegung weniger Therapie.	
Frau K.	52-54	4	Sobald er (D.) die ersten selbständigen Schritte gesetzt hat, haben wir einmal die Therapie ausgesetzt.	Mit den ersten Schritten folgte eine Therapiepause.	Therapiepause
Frau K.	84-85	5	Meistens haben wir irgendetwas Allgemeines besprochen oder generell, ob es irgendwelche Fragen gibt.	In der Therapie wurden allgemeine Fragen besprochen.	Fragen zur Therapie
Frau K.	85-87	6	Dann hat die Therapeutin immer versucht, mit dem Kind Kontakt aufzunehmen und einfach ein bisschen warm zu werden, damit der Kleine sich auch wohl fühlt.	Vorsichtige Kontaktaufnahme durch die Therapeutin.	Vorsichtige Kontaktaufnahme
Frau K.	87	7	Dann schaut man eh' einmal, ob das Kind vielleicht selber irgendetwas zeigt.	Die KM beobachtet die Aktivität des Kindes.	Die Aktivität des Kindes beobachten
Frau K.	89	8	Man hat eben immer schauen müssen, was interessiert ihn (D.) jetzt besonders.	Die KM beobachtet das Interesse des Kindes.	Das Interesse des Kindes beobachten
Frau K.	109-112	9	Es war vielleicht schwierig für ihn (D.), weil er hat gespürt, dass wir einen gewissen Erwartungsdruck ... also <u>ich</u> eine gewisse Erwartungshaltung habe, dass er sich jetzt natürlich bewegen soll, wenn er in der Therapie ist.	Die KM hat während der Therapiesituation eine Erwartungshaltung.	Die KM steht unter Druck – Erwartungshaltung
Frau K.	113-114	10	Man muss halt schauen, dass man möglichst behutsam vorgeht, auch die Therapeutin, dass sie das Kind nicht überfordert.	Mutter und Therapeutin gehen behutsam mit dem Kind um.	
Frau K.	115-116	11	Und als Mutter muss man natürlich auch lernen, wie man einen Gang zurück schaltet und das Kind nicht auf Knopfdruck funktioniert, wie man sich das vorstellt.	Die Mutter lernt die eigenen Erwartungen an das Kind zurückzustellen.	Geduld zu haben
Frau K.	119-120	12	Durch die Therapie war es schon einfacher, weil man die Therapeutin fragen kann: „Wie ist das bei anderen Kindern?“ oder „Ist das normal?“ und das hilft dann schon sehr.	Hilfreich in der Therapie: ein Ansprechperson, die Fragen zum Thema Entwicklung beantwortet.	Die Therapeutin als Ansprechperson zum Thema Entwicklung
Frau K.	122-124	13	Geduld haben bringt einfach am Meisten und ist bei andern Kindern möglicherweise hilfreich gewesen. Und das ist ein Lernprozess, den man da durchleben muss.	Geduld - haben bringt einfach am Meisten und - entwickeln ist ein Lernprozess.	Abwarten bzw. Geduld haben ist ein Lernprozess
Frau K.	167-169	14	Am Anfang, wenn ein Kind immer nur am Rücken liegt und sehr	Die KM ist verunsichert in Bezug auf die motorische Entwicklung.	Verunsicherung über den Entwicklungsstand

			passiv ist, und er (D.) hat auch nicht gestrampelt, dann ... ja, weiß man nicht, was da los ist.		
Frau K.	175-176	15	Ich sollte ihn (D.) ja vorher nach Möglichkeit nicht aufsetzen, also von der Therapeutin her. Und das ist natürlich schwierig.	In die motorische Entwicklung des Kindes nicht einzugreifen, ist schwierig.	Abwarten ist schwierig
Frau K.	177-179	16	Natürlich neigt man dazu, wenn das Kind sehr passiv ist, es aufzusetzen, damit ich wenigstens irgendwie etwas tun kann. Und das ist halt immer so eine Gratwanderung, wie weit greife ich dort selber ein oder greife ich voraus oder eben auch nicht.	Die Haltung der Mutter bezüglich der motorischen Entwicklung des Kindes ist eine Gratwanderung zwischen Eingreifen, Vorgreifen und Abwarten.	Das Begleiten der motorischen Entwicklung ist eine Gratwanderung zwischen Eingreifen und Abwarten
Frau K.	182-184	17	Ja, das („Nicht-Aufsetzen-Sollen“) war sehr schwierig, und ich habe es dann nicht mehr so ganz durchgehalten und habe dann einen Hochstuhl gekauft, und habe ihn (D.) dann auch hineingesetzt.	Das „Nicht-Eingreifen“ ist schwierig.	Das „Nicht-Eingreifen“ ist schwierig
Frau K.	202-203	18	Vor 10 Tagen oder so zeigte D. die ersten Schritte, das war natürlich sensationell ... so überraschend irgendwie.	Ein neuer Entwicklungsschritt wird von der KM sehr positiv erlebt.	Neue motorische Fähigkeiten lösen positive Gefühle aus
Frau K.	205-207	19	Da glaubt man, man weiß schon, ok, jetzt kommt das und das, und dann aber auf einmal kommt es doch schneller als man vielleicht erwartet hat. Ja, das ist natürlich toll.	Die KM hat gegenüber der motorischen Entwicklung ihres Kindes eine bestimmte Erwartungshaltung. Ein neuer Entwicklungsschritt wird positiv erlebt.	
Frau K.	210-213	20	Was sehr schön war, das war bei der Therapeutin ... die hat zu mir gesagt: „D. wird gehen.“	Die Therapeutin erzeugt Zuversicht, was die KM beruhigt.	Die Therapeutin unterstützt die Mutter und das Kind
Frau K.	257-259	21	Da hat mir die Therapeutin gezeigt, wie richte ich das Fußgewölbe auf, kann ein bisschen nachhelfen.	Die Therapeutin unterstützt das Kind aktiv.	
Frau K.	259-260	22	Und dann habe ich halt sehr viele Fragen gestellt in der Therapiestunde, ob das sinnvoll ist, ob das sinnvoll ist, und ja.	In der Therapiestunde werden viele Fragen gestellt.	
Frau K.	258-261	23	Als Mutter kämpft man am meisten damit, dass man nicht versucht, das Kind schneller zum Gehen zu bringen oder zur nächsten Bewegung ... dass man halt nicht zu viel eingreift.	Für die KM ist es schwierig nicht in die Entwicklung ihres Kindes einzugreifen.	
Frau K.	267-268	24	Die Therapeutin hat schon immer sehr viel Hilfestellung gegeben.	Die Therapeutin wird als hilfreich erlebt.	Die Therapeutin ist hilfreich
Frau K.	353-357	25	Meinem Mann habe ich auch immer ganz genau berichtet, was wir jetzt gemacht haben und wie er selber eben tun soll mit dem Kind, also dass er da eben das richtig macht, dass er auch aufpasst mit dem Gehen und so.	Die Hilfestellung aus der Therapie wird an weitere Bezugspersonen weitergegeben.	Bezugspersonen werden in die Therapie eingebunden
Frau K.	395-396	26	Man muss Geduld lernen und Vertrauen haben in das eigene Kind.	Als Mutter lernt man <ul style="list-style-type: none"> - Geduld zu haben - Vertrauen in die Fähigkeiten des eigenen Kindes zu entwickeln. 	Geduld zu haben Vertrauen in die Fähigkeiten des eigenen Kindes zu entwickeln
Frau K.	399-402	27	Man lernt die kleinen Bewegungen zu schätzen, nämlich die Übergänge, die man ja sonst nicht sieht. Die Übergänge sind genauso wichtig, damit er das (Krabbeln,	Als Mutter lernt man <ul style="list-style-type: none"> - kleine Bewegungen schätzen - die Bedeutung der Übergangsbewegungen 	

			Gehen) dann wirklich gut beherrscht.	schätzen.	
Frau K.	413-416	28	Man hätte ihn ja eigentlich noch nicht aufsetzen sollen, weil er es noch nicht von selber gekonnt hat, aber es war für seine spielerische Entwicklung sehr wichtig, und auch für den Kontakt, oder dass er eben mit uns am Mittagstisch sitzt, dass er einfach doch sitzt. Und da habe ich mir sozusagen von den Therapeutinnen das OK geholt.	Manchmal ist ein Vorgreifen in der motorischen Entwicklung zugunsten der Gesamtentwicklung auch aus therapeutischer Sicht sinnvoll.	
Frau K.	474-475	29	Ich glaube, es ist sehr wichtig, dass man eine Physiotherapeutin findet, wo sich sowohl Mutter als auch Kind wohlfühlen können.	Die Therapeutin ist sowohl für das Kind als auch für die Mutter wichtig.	
Frau Sch.	14-15	30	Es war ein ruhiger, schöner Raum mit vielen Spielsachen, Klettermöglichkeiten und Turmatten	Der Therapieraum war ansprechend: -viel Spielmaterialien -viele Bewegungselemente.	Therapieraumgestaltung
Frau Sch.	15-16	31	Wir (Eltern) durften oder sollten während der Stunde nicht miteinander sprechen	Die Eltern sollten während der Stunde nicht miteinander sprechen.	Kommunikation während der Therapie
Frau Sch.	17-20	32	Wir (Eltern) haben uns auf die Sitzpöster gesetzt. Die Kinder sind bei uns gesessen und konnten dann selbständig entscheiden, ob sie jetzt auf ein anderes Kind zugehen, zu einer anderen Person gehen oder sich mit irgendeinem Gerät oder einem Ball oder sonst etwas beschäftigen.	Die Eltern saßen am Boden. Die Kinder saßen neben den Eltern und entscheiden selbst, wann sie sich dem Raum bzw. anderen Kindern zuwenden.	Platzwahl im Raum
Frau Sch.	17-16	33	Es waren auch ein paar Väter dabei, ab und zu.	Selten waren auch Väter dabei.	Väter begleiten ihr Kind seltener als Mütter
Frau Sch.	51-52	34	Am Anfang, also in den ersten 10 Einheiten war eben nur diese Beobachtung der Kinder.	Am Anfang haben die Kinder nur beobachtet.	
Frau Sch.	53-55	35	Es hat sich wirklich fast kein Kind noch bewegt gehabt, höchstens vielleicht ein bisschen Aufsetzen oder Krabbeln, aber gegangen ist niemand.	Zu Beginn der Gruppe: - ist kein Kind gegangen - konnten nur wenige krabbeln	Zu Beginn (Ende 1. Lebensjahres) - kann kein Kind gehen - wenige krabbeln
Frau Sch.	55-56	36	Die Kinder waren alle so um ein Jahr herum und gegangen ist keiner.	Mit dem ersten Geburtstag der Kinder ist kein Kind gegangen.	
Frau Sch.	67-70	37	Wir haben einfach geschaut, wie die Kinder aufeinander reagieren, wie sie die Umwelt bewusst aufnehmen, und ob es irgendwelche Anreize gibt in diesem Raum, dass sie sich doch fortbewegen und auch einen Schritt von der Mutter weg.	Die Eltern haben die Kinder beobachtet.	Beobachten, wie Kind auf das Angebot reagiert
Frau Sch.	70-72	38	Wir haben uns ja alle nicht gekannt, es war eine Fremde. Und das hat man schon sehr deutlich gespürt, dass die Kinder am Anfang mehr auf Distanz und sehr bei der Mutter waren.	Die Eltern spüren, dass die Kinder zunächst auf Abstand bzw. bei ihnen bleiben.	Eltern spüren, wie viel Nähe/Distanz ihr Kind braucht
Frau Sch.	79-82	39	Und in der zweiten Gruppe wurde auf 1 ½ Stunden verlängert. Wobei die erste Stunde wieder der Beobachtung gedient hat und die letzte halbe Stunde haben sich die Kinder gemeinsam an einen Tisch gesetzt mit Essen, das wir mitgenommen haben.	Das Setting - wurde später auf 1 ½ Stunden erweitert - die Kinder wurden beobachtet - die Kinder haben gemeinsam gegessen.	Therapiezeiten Beobachten der Kinder

Frau Sch.	84-85	40	Während der Jause wurde auch nicht gesprochen, erst wenn alles vorbei war.	Während der Jause wurde nicht gesprochen.	Gemeinsame Jause
Frau Sch.	87-89	41	Das haben uns die Therapeutinnen extra gesagt, wir sollen uns mal wirklich diese Stunde Zeit nehmen, unser Kind genau anschauen, und uns auf unser Kind konzentrieren, uns nicht ablenken lassen ...	Die Eltern sollten in der Gruppe - ihr Kind beobachten - sich nicht ablenken lassen.	Der Fokus liegt am Kind
Frau Sch.	92-96	42	Mit den Therapeutinnen, also, wir hatten eine Psychologin und eine Physiotherapeutin, hat es auch Elternabende gegeben, jede zweite Woche, und das war 1 ½ Stunden lang.	Alle zwei Wochen gab es Elternabende.	Elternabende 14-tägig
Frau Sch.	96-97	43	Es wurden Dinge besprochen, die uns am Herzen liegen.	An den Elternabenden wurden Dinge besprochen, die den Eltern am Herzen liegen.	
Frau Sch.	97-98	44	Aber hauptsächlich wurde über die Therapiestunde gesprochen, über die Spielgruppe.	An den Elternabenden wurde über die Therapiestunde gesprochen.	
Frau Sch.	97-99	45	Es wurde ein paar Mal so mitgefilmt. Da haben wir auch 2 Videos bekommen, und das ist jetzt im Nachhinein auch lustig zum Anschauen.	Die Therapiestunden wurden manchmal gefilmt, die Videos haben die Eltern am Ende mit nach Hause bekommen.	Videoaufnahme während der Therapie
Frau Sch.	112-113	46	Am Schluss waren wir 5 Eltern und 5 Kinder. In der ersten Gruppe waren wir 7 oder 8.	Zu Beginn waren 7-8, später 5 Kinder und Eltern in der Gruppe.	Anzahl der Kinder
Frau Sch.	113-115	47	Es konnten nicht alle weiter machen, weil – ein Mädchen hat eigentlich nur geweint in der Stunde und das war auch für die anderen nicht so gut. Sie haben dann entschieden, dass sie eher in eine Einzeltherapie mögen.	Einzelne Kinder sind nicht in der Gruppe geblieben sondern bekamen Einzelbetreuung.	unwesentlich
Frau Sch.	118-120	48	Das Motiv um überhaupt in Therapie zu gehen war nicht das Gehen, sondern generell die Motorik... dass er eine motorische Entwicklungsverzögerung hatte.	Das Motiv für die Therapie war die motorische Entwicklungsverzögerung.	Motiv: Entwicklungsverzögerung
Frau Sch.	150-152	49	Und das war schon sehr angenehm, dass man sich mit anderen Müttern austauschen konnte und endlich einmal Antworten auf seine Fragen bekommen hat, und Verständnis vor allem.	Der Austausch mit anderen Eltern wurde positiv erlebt.	Austausch mit anderen Eltern
Frau Sch.	156	50	Man hat Gleichgesinnte.	Man hat Gleichgesinnte.	Gefühl der Solidarität
Frau Sch.	158-161	51	Verständnis kam von den anderen Müttern, von der Psychologin und der Physiotherapeutin, die sich wirklich unglaublich viel Zeit für uns genommen haben. Sie haben zusätzlich zu den Elternabenden auch noch Einzelgespräche angeboten.	Verständnis kam von den anderen Müttern, von der Psychologin und der Physiotherapeutin. Bei Bedarf gab es auch Einzelgespräche.	Verständnis von - anderen Eltern - der Psychologin - der Physiotherapeutin
Frau Sch.	163	52	Die Elternabende, das war ganz toll, wirklich.	Die Elternabende waren positiv.	Positive Erinnerung
Frau Sch.	167-172	53	Also jetzt bin ich extrem entspannt und jetzt geht es mir gut. Aber in dem Alter von 13 Monate bis 18 Monate habe, das war eine sehr anstrengende Zeit, die ist mir ziemlich an die Nieren gegangen.	Seit Ende der Gruppe hat KM ein Gefühl der Erleichterung.	Gefühl der Erleichterung -seit der Gruppe -seit dem Gehbeginn

Frau Sch.	172-175	54	Ab dem Moment wo er gehen konnte, war ich sehr erleichtert und ist es mir sehr gut gegangen. Seitdem ist alles so viel leichter.	Seit das Kind zu Gehen begonnen hat, hat KM ein Gefühl der Erleichterung.	
Frau Sch.	191-192	55	Ganz am Anfang war es natürlich eine ganz neue Situation, weil wir einfach nur nebeneinander am Boden gesessen sind und beobachtet haben.	Zu Beginn: - war die Gruppe ungewohnt	Anfängliche Skepsis, ob die Therapie sinnvoll ist
Frau Sch.	201-202	56	Ich habe mir ehrlich auch am Anfang gedacht „Was bringt das? Was soll das? Was soll das dem Kind bringen?“	Zu Beginn Skepsis, ob die Therapie sinnvoll ist.	
Frau Sch.	202-204	57	Aber, ich glaube es war für ihn sehr wichtig, dass ich wirklich einmal eine Stunde Zeit hatte ihm zuzuschauen, ihn zu beobachten, er mich spüren konnte.	Die KM denkt, - dass das Beobachten wichtig ist und - dass es für ihr Kind wichtig ist, sie zu „spüren“.	Beobachten ist wichtig Das Kind muss die KM „spüren“ können
Frau Sch.	206-207	58	Dort konnte man wirklich einmal ... komplett ... auf das Kind schauen.	In der Gruppe konnte man sich auf das Kind konzentrieren.	
Frau Sch.	287-290	59	In der zweiten Spielgruppe wurde Wert darauf gelegt, dass die Angebote auch schon mehr auf der Höhe des Kindes, wenn es steht, abspielen. Es gab dann auch mehr Kletter- und Turmmöglichkeiten mit Faltmatten und Sprossen usw.	Bewegungsangebote, die dem Können der Kinder entsprechen.	Bewegungsangebote, die dem Können der Kinder entsprechen
Frau Sch.	310	60	Man hat gemerkt, wie glücklich er (A.) war, wenn er gesehen hat, dass wir (Fr. Sch. und weitere Anwesende) uns freuen.	KM sieht an ihrem Kind Freude über ihre (innere) Anwesenheit.	Freude über die Gegenwart der KM Kind spürt Anspannung und Erleichterung der KM
Frau Sch.	310-311	61	Er hat gespürt, dass mein Druck weg ist.	Kind spürt die Erleichterung der KM	
Frau Sch.	315-316	62	Ich glaube schon, dass er (A.) meine Anspannung und natürlich dann auch die Erleichterung sehr stark gespürt hat.	Kind spürt Anspannung und Erleichterung der KM.	
Frau Sch.	331-336	63	Es gab viele normale Sachen wie Becher und Töpfe. Wir haben einfach mal zugeschaut, wie ein Kind sich damit beschäftigt.	Das Kind beim Spielen beobachten.	Das Spielen des Kindes beobachten
Frau Sch.	339-342	64	In den letzten 10 Stunden, da gab es diese kleinen Sachen kaum mehr. Da haben wir uns wirklich hauptsächlich auf die Geräte konzentriert, dass die Kinder auch einmal mehr den Raum wahrnehmen.	Später gab es weniger Spielsachen als Bewegungsmaterialien.	Einsatz von Material
Frau Sch.	353-354	65	Ja, ich bin auch ruhiger geworden und ich glaube, er hat das dann auch gemerkt.	Seit der Gruppe ist die KM ruhiger.	Seit der Gruppe ruhiger
Frau Sch.	354-355	66	Man konnte sich mit den Eltern sehr viel austauschen.	Austausch mit den Eltern.	
Frau Sch.	363-367	67	Man lässt sich so schnell ablenken, auch durch andere Kinder. Und das war für mich ganz neu. Am Anfang habe ich schon mal geschaut, was andere Kinder machen, aber dann habe ich immer wieder gemerkt, eigentlich sollte ich jetzt auf mein Kind schauen.	Ablenkung ist ein Problem, die KM lernt in der Gruppe damit zu Recht zu kommen.	Der Fokus der Eltern ist beim eigenen Kind
Frau Sch.	367-369	68	Es war dann wirklich auch so, dass zwischen zwei anderen Kindern etwas passiert ist, und ich	Die Aufmerksamkeit der KM ist beim eigenen Kind.	

			habe das erst nachher auf einer Videoaufzeichnung mitbekommen, weil ich in dem Moment wirklich auf mein Kind geschaut habe.		
Frau Sch.	373-374	69	Ich glaube, er freut sich, wenn er Aufmerksamkeit von der Mama hat.	Das Kind genießt die Aufmerksamkeit der KM.	Das Kind genießt die Aufmerksamkeit der KM
Frau Sch.	382-383	70	Ich habe gelernt, dass man nicht wirklich Spielzeug braucht im ersten Jahr. Also ich habe viel zu viel gekauft. (Frau Sch. lacht) Also, das war eigentlich alles unnötig	Ich habe zuviel Spielzeug im ersten Lebensjahr gekauft.	Altersentsprechendes Spielzeug
Frau Sch.	413-414	71	Wirklich dem Kind zeigen, dass man sich mitfreut und dass man stolz auf das Kind ist wenn es etwas Neues gelernt hat, egal ob es jetzt Bewegung oder sonst was ist.	Die KM zeigt dem Kind ihre Freude und Anerkennung	Dem Kind Freude und Anerkennung zeigen
Frau Sch.	434-437	72	Das haben wir schon auch besprochen, wenn ein Kind jetzt das Bedürfnis hat, sich so fortzubewegen, dann soll man jetzt nicht irgendwie schauen, dass er etwas anderes macht.	Die KM lernt, dass sie das Kind nicht ablenken soll.	Keine Ablenkungen
Frau Sch.	467-469	73	Mein Freund ist einmal zu einem Einzelgespräch mitgekommen. Da haben wir halt eine Stunde nur über den A. gesprochen mit der Psychologin und mit der (Phy-sio)Therapeutin.	Der Partner begleitet die KM zu einem Einzelgespräch mit den Therapeutinnen.	Der KV begleitet seine Partnerin in die Beratungsstunde
Frau Sch.	449-452	74	Ansonsten bin immer nur ich in die Spielgruppe gegangen, und das habe ich sehr schade gefunden, weil einige Väter <u>doch</u> manchmal mitgegangen sind. Und ich glaube, das wäre auch sehr gut gewesen, wenn er das einmal gesehen hätte.	Enttäuschung, dass der Partner nicht an der Gruppe teilnehmen konnte.	Der KV kann an der Gruppe nicht teilnehmen
Frau Sch.	476-478	75	Wir waren sehr gut aufgehoben. Wir haben die Möglichkeit gehabt, persönlich mit den Therapeuten zu sprechen, es ist wirklich auf jede Frage einzeln eingegangen worden.	Die Betreuung an den Elternabenden wurde positiv erlebt.	
Frau Sch.	478-479	76	Wir hatten die Möglichkeit, uns mit den anderen Müttern auszutauschen- eben auch bei diesen Elternabenden.	Austausch mit anderen Eltern.	
Frau Sch.	479-481	77	Wir hatten wirklich die Möglichkeit, eine Stunde uns komplett auf unser Kind zu konzentrieren, ohne, dass wir jetzt irgendwie gestört werden.	Die Konzentration liegt beim eigenen Kind. Keine Ablenkungen.	
Frau Sch.	484-487	78	Es ist auch immer alles besprochen worden und immer gefragt, bevor gefilmt worden ist- wir haben uns nie übergangen gefühlt oder sonst etwas. Es war in einem Rahmen, der in Ordnung war. Also, wir haben uns da, glaube ich, sehr wohl gefühlt.	Das setting wurde mit den Eltern abgesprochen (Bsp.: Filmen)	Videoaufnahmen in Absprache mit den Eltern
Frau Sch.	495-498	79	Am Anfang war ich sehr skeptisch, weil ich mir gedacht habe „Was bringt das, wenn ich da jetzt nur sitze und mich nicht einmal mit den Müttern austauschen kann, und die Kinder vor allem die ganze Stunde nur bei uns sitzen und sich	Die KM ist am Anfang skeptisch, ob die Therapie sinnvoll ist.	

			nicht bewegen“? Das habe ich am Anfang nicht verstanden, das hat mich sehr irritiert.		
Frau Sch.	498-501	80	Mit der Zeit habe ich verstanden, weil die Kinder halt sehr viel durch Beobachtung lernen, und weil wir das Kind viel beobachten, und weil wir dann trotzdem nachher mit dem Elternabend die Möglichkeit haben, uns auszutauschen und Fragen zu stellen.	Die KM denkt: -dass Kinder durch Beobachten lernen. -dass Eltern durch Beobachten lernen. -die Elternabende dem Austausch unter den Eltern dienen.	Kinder lernen durch Beobachten
Frau Sch.	501-503	81	Es war einfach eine neue Situation, weil eine normale Spielgruppe, so wie man es in Eltern-Kind-Zentren hat, ich meine, die ist laut und da spielen die Kinder miteinander, da quatschen die Mütter miteinander, das ist ganz etwas Anderes.	Die Gruppe ist anders als die bisher bekannten Angebote aus dem Eltern-Kind-Zentrum.	Die „Gruppe“ als neuartige Erfahrung
Frau Sch.	503-506	82	Das war halt mehr eine therapeutische Spielgruppe, und da liegt halt der große Unterschied. Und das war für mich halt auch einmal ein großer Schritt, zu lernen mehr zu beobachten und den Fokus auf mein eigenes Kind zu legen.	In der „therapeutischen“ Gruppe lernt die KM den Fokus auf ihr eigenes Kind zu legen.	
Frau S.	29-32	83	Anfangs war es (in der Gruppe) eigentlich komisch, weil einfach das Kind tun lassen. Nicht was man von zu Hause mitnimmt und wie wir gemeinsam spielten, sondern einfach einmal das Kind tun lassen, beobachten.	Man lässt das Kind nur „tun“ und beobachtet es dabei.	Man lässt das Kind nur „tun“
Frau S.	32	84	Es war ein komisches Gefühl, wobei es auch ein interessantes Gefühl war.	Zu Beginn eigenartiges Gefühl.	
Frau S.	32-35	85	Also, es war eine Stunde, wo man sagt: „Ok, ich erlebe mein Kind, ich sehe mein Kind. Also, ich tu nicht mit, weil dann geht das so nebenbei, sondern man sieht wirklich, was das Kind kann.“	Der Fokus ist auf das eigene Kind gerichtet.	
Frau S.	35-36	86	Es war halt am Anfang komisch (in der Gruppe), fühlte mich auch manchmal am Schlipps getreten, weil halt Unterhaltungen zwischen den Eltern nicht gewünscht waren.	Am Anfang skeptisch, weil Gespräche zwischen Erwachsenen unerwünscht.	Keine Gespräche zwischen den Eltern
Frau S.	37-40	87	Im Nachhinein merkt man halt schon, gerade bei etwas entwicklungsverzögerten Kindern ist es wirklich interessant einmal zu sehen, nicht, was kann es nicht, sondern was kann das Kind eigentlich. Also, da das war auf jeden Fall einmal etwas Neues.	Die KM nimmt - die Fähigkeiten und - nicht die Defizite des Kindes wahr.	Bewusstes Wahrnehmen von Fähigkeiten
Frau S.	51-53	88	Am Anfang habe ich mir gedacht: „Na, das ist einmal etwas anderes“ obwohl die Kinder, glaube ich, größer waren als sie (V.). „Na schau, der ist sogar älter und kann sogar das nicht, was die V. eigentlich schon kann.“ Ja, das war ein gutes Gefühl eigentlich.	Ein gutes Gefühl beim Beobachten des eigenen Kindes.	Das Beobachten löst positive Gefühle aus
Frau S.	72-74	89	Es hat jemand, der halt wirklich eine Ahnung davon hat, ein Auge auf sie (V.), ob wir nicht zu weit hinten nachhinken, mit dem, dass sie halt nicht laufen kann, sich nicht hinsetzen kann u.s.w.	In der Gruppe wird das Kind auch von Expertinnen beobachtet.	Beobachten des Kindes

Frau S.	83-84	90	Physio- und die Psychotherapeutin waren gleichzeitig anwesend, außer die eine war auf Urlaub oder war nicht da oder was auch immer.	Es waren konstant zwei Therapeutinnen anwesend	Anzahl der Therapeutinnen
Frau S.	84-86	91	Man hatte eigentlich alle Bereiche (Frau S. lacht), sowohl das körperliche als auch das seelische immer unter einem Hut.	Die KM fühlt sich und ihr Kind sowohl physisch als auch emotional umsorgt.	KM fühlt sich und ihr Kind gut aufgenommen
Frau S.	87-90	92	Es kam immer gleich eine Antwort von einer Person, wo man sagt: „Ok, die die hat eine Ahnung davon.“	Die Expertin beantwortet die Fragen der Eltern.	Antworten zu den Fragen der Eltern
Frau S.	130-132	93	Das Problem ist, dass man immer versucht zu vergleichen mit anderen Kindern und dann meistens auch nur das Negative sieht. Das hat sich jetzt Gott sei Dank gebessert. Seitdem wir dort waren.	Probleme wie „Vergleichen mit Gleichaltrigen“ und „nur das Negative sehen“ sind seit der Gruppe besser.	Das Bild vom Kind ist seit der Gruppe besser
Frau S.	140-141	94	Ich habe mir auf jeden Fall mit den Stunden besser getan als mit jeglichem Buch.	Von der Gruppe profitiert.	Die Gruppe als positive Erfahrung
Frau S.	142-144	95	Wenn man es in der Praxis macht und Tipps bekommt, ist das natürlich etwas ganz etwas anderes, als wenn man da Bücher liest.	Theoretisches Wissen aus Büchern hilft nicht sosehr wie praktisches Erleben.	Praktische Tipps
Frau S.	163-164	96	Und man hat so richtig gesehen, sie beobachtet, sie beobachtet, dann probiert sie selber.	Das Kind beobachtet und ahmt nach.	Das Kind -beobachtet -ahmt nach
Frau S.	181-183	97	Wir (Frau S. und V.) waren insgesamt auch lange dabei, da waren viele Schritte, wo ich sage: „Ok, super, endlich“,	Viele Entwicklungsschritte wurden bereits erwartet.	Ungeduldiges Warten bis sich neue Fähigkeiten einstellen
Frau S.	183-185	98	Bei den Elternabenden, hat man teilweise auch geweint, weil irgendwie so gar nichts weiter geht und „Warum mein Kind?“ und „Warum die anderen schon?“	Gefühle wie Kummer waren an den Elternabenden Thema.	Zeit für Emotionen
Frau S.	185-195	99	Da wurde einem immer Mut zugesprochen, andere Eltern, deren Kind genauso spät losgelaufen ist oder von der Frau St. oder von der Frau B. ebenso. Das war schon angenehm.	Zuspruch kam - von den anderen Eltern - von den Therapeutinnen Zuspruch von anderen wird hilfreich erlebt.	
Frau S.	201-203	100	Die Frau St. und die Frau B., die das Kind nur wöchentlich oder zweiwöchentlich gesehen haben – je nachdem, wie die Termine waren – haben die Entwicklungsschritte extremer gesehen.	Die Therapeutinnen haben die Entwicklungsschritte deutlicher gesehen.	Neue Entwicklungsschritte werden deutlicher
Frau S.	204-205	101	Ich habe mich gefreut, dass sie (V.) gewisse Sachen konnte, aber nicht mit der Euphorie, dass man sagt: „Poah, die kann schon viel.“	Die Freude über neue Entwicklungsschritte wird in der Gruppe verstärkt.	Die Freude wird in der Gruppe verstärkt
Frau S.	207-208	102	Da war dann der Stolz wieder da, also von wegen so: „Kind, was Du in zwei Wochen alles gelernt hast!“	Die KM ist stolz auf das eigene Kind.	Stolz auf das eigene Kind
Frau S.	212-214	103	So kleine Schritte, die eigentlich wirklich wichtig sind, aber nimmt man nicht wirklich wahr.	Kleine Schritte sind schwer wahrzunehmen.	Kleine Schritte sind schwer wahrzunehmen
Frau S.	215-216	104	Die Teilnehmerzahl war begrenzt und die Therapeutinnen konnten sich wirklich auf die paar Kinder konzentrieren.	Die Teilnehmerzahl war begrenzt.	Teilnehmerzahl
Frau S.	217-219	105	Und das war dann auch so ein	Es ist ein gutes Gefühl, zu sehen,	Das Können des

			gutes Gefühl, dass man sagt: „Das Kind ist wirklich so toll und so super, was es nicht alles gelernt hat in den ein, zwei Wochen, wo wir nicht hier waren.“	was das Kind kann.	Kindes erzeugt positive Gefühle
Frau S.	219	106	Wir haben dort viele Schritte miterlebt.	Die KM hat viele Entwicklungsschritte in der Gruppe miterlebt.	Viele Entwicklungsschritte miterlebt
Frau S.	229-230	107	Große Schritte bemerkt man natürlich, weil wenn ein Kind bisher gekrabbelt ist und auf einmal aufsteht und losgeht, das etwas Prägendes ist.	Große Schritte sind etwas Prägendes.	Große Schritte sind etwas Prägendes
Frau S.	267-271	108	Das Herumklettern an der Sprossenwand, das hat sie (V.) relativ lange gemacht. Und weil ich doch eine relativ vorsichtige Mama bin, hat sie es dort genossen, dass ich auf Nadeln gesessen bin und sie nicht ermahnt habe, dass sie mit der Sprossenwand dort hinauf- und hinunterkrabbelt.	Das Kind hat es genossen, dass die KM „auf Nadeln gesessen ist“ und es nicht ermahnt hat.	Die KM ist angespannt
Frau S.	280-281	109	Ich habe meine Freude daran zu sehen, was sie (V.) tut, was sie macht und was sie schon kann. Und ich glaube, das überträgt sich auch auf das Kind.	Die eigene Freude beim Beobachten des Kindes überträgt sich auch auf das Kind.	Freude der KM überträgt sich auf das Kind
Frau S.	286-288	110	Und genauso glaube ich auch, dass sie einfach den Stolz oder dieses „Poah, Kind, was du kannst!“, dass sich das wahrscheinlich überträgt und das Kind dann selber einfach auch selbstbewusster wird.	Der Stolz überträgt sich auf das Kind, das dadurch selbstbewusster wird.	Stolz der KM überträgt sich auf das Kind
Frau S.	289	111	Mir ist es eigentlich wirklich super gegangen. Also, das war wirklich schön.	Gute Erinnerungen an die Gruppe	Positive Erinnerung
Frau S.	313-314	112	Wir sind in der Früh gekommen, alle sind namentlich begrüßt worden.	Die Stunde begann mit einer persönlichen Begrüßung	Begrüßung
Frau S.	315	113	Die Spielsachen waren dann schon größtenteils vorbereitet.	Die Spielsachen waren vorbereitet.	Vorbereitete Umgebung
Frau S.	316-319	114	Am Anfang sind die Kinder noch bei den Müttern gesessen oder bei den Vätern, je nachdem. Und dann schön langsam, nach ein paar Minuten, sind dann schon die ersten losgelaufen, haben sich die Bälle geholt, und das geholt und dort geholt. Und dann haben sie halt vor sich hingeturmt.	Am Anfang sind die Kinder noch bei den Eltern gesessen, allmählich haben sie sich abgelöst.	allmähliches Ablösen
Frau S.	319-320	115	In der Stunde hat man (die Eltern) beobachtet und geschaut, was sie nicht alles tun und auch ermutigt.	Die Eltern haben die Kinder beobachtet und ermutigt.	KM ermutigt ihr Kind
Frau S.	321-322	116	Am Schluss haben wir dann alle gemeinsam die Sachen zusammengeklaut.	Am Ende war gemeinsames Aufräumen.	Gemeinsames Aufräumen
Frau S.	328-329	117	Und dann hat jeder seine Jause ausgepackt, hat gegessen. Das Trinken haben wir dort bekommen.	Es gab eine gemeinsame Jause.	
Frau S.	329-330	118	Und in dem Moment, als das Kind dann keine Interesse mehr am Essen hatte, ist es gegangen und hat sich verabschiedet.	Verabschiedung nach der gemeinsamen Jause.	
Frau S.	340	119	Grundsätzlich ist man am Platz geblieben, hat das Kind einfach nur beobachtet, was es tut.	Die Eltern blieben an einem Platz und haben beobachtet.	Platz der Eltern Beobachten

Frau S.	351-358	120	„Ok, ist nicht so tragisch und du musst das Kind nicht unter Druck setzen, sondern es wird die Zeit kommen und es ist noch nicht zu spät und ich brauche mir keine Sorgen machen.“ Ich meine, natürlich hat man sie dann trotzdem noch, aber man ist mit einem besseren Gefühl heim gekommen.	Die KM macht sich Sorgen wegen der Entwicklung ihres Kindes. Nach der Therapie ist der Leidensdruck geringer	Der Leidensdruck ist nach der Therapie geringer
Frau S.	401-403	121	Die Gruppe dort war angenehm, weil dort ich eine Stunde war und einfach nichts gemacht habe. Ich habe nur mein Kind beobachtet. Das lässt sich zuhause nicht realisieren, das geht nicht.	Die Gruppe dort war angenehm. Ich habe mein Kind eine Stunde lang beobachtet, was ich zuhause nicht schaffe.	Das Beobachten in der Gruppe ist leichter als zuhause
Frau S.	414-415	122	Ich bin eigentlich darauf gekommen, auch in der Stunde dort, dass ich dem Kind viel zu viel Spielzeug anbiete.	Wie viel Spielzeug braucht das Kind?	
Frau S.	418-421	123	Das habe ich dort auch besprochen: Und es ist ja wirklich zu viel, was man dem Kind bietet. Und die einfachsten Sachen ... am Liebsten hat sie gespielt mit einer Flasche, wo trockene Nudeln drinnen sind und das raschelt. Also, so ganz einfache Sachen.	Thema in der Gruppe: Spielzeug, wie viel und welches.	
Frau S.	436-440	124	Gerade bei den Elternabenden hat man immer wieder Tipps bekommen. Auch von Eltern, also, jetzt nicht nur von der Frau St. und von der Frau B., sondern auch von den Eltern selber, die dasselbe durchgemacht haben.	Bei den Elternabenden hat man Tipps bekommen: - von den Therapeutinnen - von den Eltern	Tipps - von anderen Eltern - von den Therapeutinnen
Frau S.	459-461	125	Mein Mann hat auf die Kleine aufgepasst wenn ich zu den Elternabenden gegangen bin.	Der KV hat auf das Kind aufgepasst wenn KM zu den Elternabenden gegangen ist.	KV übernimmt die Kinderbetreuung während des Elternabends
Frau S.	463-465	126	Mit meinem Mann habe ich mich intensiv über die Stunden unterhalten, was wir erlebt haben, was für Tipps ich bekommen habe usw. Es war auch für ihn interessant.	Mit meinem Mann habe ich mich intensiv über die Stunden unterhalten.	Intensiver Austausch mit dem Partner über das Gruppenangebot
Frau S.	475-476	127	Leider ist es sich nie ausgegangen, dass er mitgehen konnte.	KV konnte nicht an den Gruppenstunden teilnehmen.	
Frau S.	492-493	128	Ich würde die Gruppe jederzeit wieder machen. Also, es war auf jeden Fall eine Erfahrung.	Die Gruppe war eine positive Erfahrung, die die KM jederzeit wieder machen würde.	
Frau S.	500	129	Ich bin ganz froh, dass wir dort waren.	Die KM ist froh in der Gruppe gewesen zu sein.	Dankbarkeit
Frau S.	506-510	130	Anregungen sind nie verallgemeinert worden. Also, was ich mir mitnehmen wollte, habe ich mir mitgenommen und was mich nicht betrifft, habe ich nicht mitgenommen. Also, man hat selektiert und ich habe nie das Gefühl gehabt, dass man, dass wir auch so verallgemeinerte Tipps bekommen haben.	KM hat nie das Gefühl gehabt, dass Tipps für alle gelten, sondern individuell.	Individuelle Beratung Keine Verallgemeinerung in Erziehungsfragen
Frau S.	513-515	131	Die Therapeutinnen haben auf den Elternabenden versucht mit jedem Einzelnen auch zu sprechen, eben wie man sich gefühlt hat, was man mitgenommen hat, und ob wir noch irgendwelche Fragen haben.	An den Elternabenden wurden die Fragen der Eltern individuell behandelt.	

Frau S.	519	132	Also, es gab nie so allgemeine... Kinder müssen das oder das oder ...Nie.	Tipps wurden nie verallgemeinert.	
Herr X.	10-12	133	Die Gruppe war von den Räumlichkeiten, von den Betreuerinnen und von der Idee, die dahinter steckt, her, sehr positiv.	Die Gruppe wurde vom KV positiv erlebt.	
Herr X.	15-16	134	Es geht ja speziell um früh geborene Kinder, dass die eine spezielle Förderung in Anspruch nehmen.	Die Gruppe hatte die spezielle Förderung früh geborener Kinder zum Ziel.	Förderung früh geborener Kinder
Herr X.	19-20	135	Man sitzt als Elternteil am Rande und beobachtet, wie die Kinder miteinander umgehen.	Man sitzt als Elternteil am Rand und beobachtet die Kinder.	
Herr X.	22-23	136	Es war sehr interessant zu sehen, wie lernfähig Kinder sind und wie sie sich weiter entwickeln.	Es war interessant zu sehen, wie sich Kinder weiter entwickeln.	
Herr X.	24-25	137	Man lernt Sachen, bekommt Tipps, die man so als Elternteil eines normalen geborenen Kindes nicht erfährt.	Die Anregungen in der Gruppe sind auch für Eltern eines „normal“ geborenen Kindes interessant.	Anregungen aus der Gruppe sind für <u>alle</u> Eltern sinnvoll
Herr X.	27-30	138	Die Tipps, die dort gegeben wurden, die können auch Eltern eines normalen- ich sage jetzt einmal „normal geboren“ sehr gut gebrauchen. Darum hat mir das sehr, sehr gut gefallen.	Tipps aus der Gruppe können auch Eltern eines „normal geboren“ gut gebrauchen.	
Herr X.	40-41	139	Wenn es möglich war, bin ich hin gegangen, weil es mich auch interessiert.	KV ist in die Gruppe gegangen, weil es ihn interessiert hat.	Interesse an der Therapie
Herr X.	58-60	140	Es waren 6 oder 7 Kinder mit jeweils einem Elternteil dabei. Ganz selten, dass zwei waren, also wir waren ab und zu zu zweit.	Es waren 6 oder 7 Kinder mit jeweils einem Elternteil. Manche waren auch zu zweit da.	Anzahl der Kinder, jeweils 1 (selten2) Elternteil(e)
Herr X.	75-80	141	Im Gruppenraum wurden gewisse Sachen aufgebaut. Es war teilweise Spielzeug, teilweise Animation. Zum Beispiel: Kästen aus Holz, wo man hinauf klettern kann mit einem Anstieg, dann Bälle, irgendwas, was Lärm macht, Geschirr mit irgendwelchen Sachen drin. Das wurde im Raum verteilt.	Im Gruppenraum gab es - Bewegungsgeräte und - Spielmaterialien.	
Herr X.	82-82	142	Dann ist man als Elternteil aufgefordert worden, sich am Rande hinzusetzen und eigentlich nur im „Notfall“ einzuschreiten.	Als Elternteil ist man am Rand gesessen.	
Herr X.	83	143	Die Betreuerinnen sind auch eingeschritten.	Die Therapeutinnen haben interveniert.	Intervention bei Konflikten
Herr X.	84-85	144	Und dann schaut man eigentlich, wie die Kinder reagieren.	Die Eltern beobachten die Kinder in der Gruppe.	
Herr X.	85-87	145	Die erste Zeit sind die Kinder bei den Elternteilen gesessen und haben einmal geschaut, was ist. Dann hat sich ein Kind einmal gelöst und ist einmal ein bisschen weg gegangen, und das zweite Kind.	Am Anfang sind die Kinder bei den Eltern gesessen. Allmählich haben sie sich abgelöst.	
Herr X.	92-93	146	Es war total interessant; ich glaube, dass meine Tochter dort sehr viel gelernt hat in der Fernkorn-gasse.	Mein Kind hat in der Gruppe viel gelernt.	
Herr X.	108-109	147	Ich bin auch traurig, dass dieser Versuch (Gruppenangebot) eingestellt worden ist.	Bedauern über Ende der Gruppe.	Bedauern über Ende der Gruppe
Herr X.	169	148	Ich erinnere mich besonders an das Umdrehen, dann wie sie (Z.)	Erinnerung an das Umdrehen und an das „Gehelernen“.	

			krabbeln gelernt hat und wie sie dann gehen gelernt hat.		
Herr X.	181-183	149	Es ist immer eine, Freude wenn sie (Z.) etwas dazulernt, da ist man sehr stolz. Es erfüllt einen mit Stolz, dass sie so schnell lernt.	KV hat Gefühle wie Freude und Stolz, wenn Kind etwas dazulernt.	
Herr X.	121-124	150	Und da hat es noch ein paar so Tipps gegeben, aber ich kann mich nicht mehr erinnern. Das baut man dann einfach in die Erziehung ein. Aber das weiß ich, dass das von dort gekommen ist.	Tipps aus der Gruppe werden in die Erziehung eingebaut.	Ratschläge aus der Gruppe werden in die Erziehung des Kindes übernommen
Herr X.	227-231	151	Wenn sie wollte, dass ich mit ihr mitgehe, fiel es mir schwer „Nein“ zu sagen.	Dem KV fiel es schwer „Nein“ zu sagen.	Zum Kind „Nein“ – sagen fällt schwer
Herr X.	275-280	152	In der Fernkorn-gasse war nicht das Spielzeug im Vordergrund, sondern eher das das Agieren der Kinder, also, wie sie mit Dingen umgehen. Solche Anregungen haben wir da schon mitgenommen.	Ziel in der Gruppe ist, zu sehen, wie Kinder interagieren.	Beobachten, wie Kinder Interagieren
Herr X.	296-298	153	Es hat einen Tipp gegeben, welche Bewegung oder bzw. wie man sie nehmen soll, wie man ihr helfen kann, dass sie das leichter lernt. Und das haben wir halt ein paar Mal geübt mit ihr.	Hilfestellung wie Kind leichter Bewegung erlernt.	
Herr X.	313-318	154	Ich bin selbst in die Gruppe gegangen, weil mich das ja selbst auch interessiert; manche Väter waren sich zu gut oder haben gesagt: „Ich bin da nicht zuständig“. Und das finde ich einfach nicht in Ordnung, weil man da sehr viel versäumt. Manche Väter habe ich überhaupt nicht gesehen und manche Väter ganz, ganz selten.	KV - ist selbst in die Gruppe gegangen, weil es ihn interessiert - vermisst andere Väter.	KV vermisst weitere Väter
Herr X.	321-322	155	Mir hat es Spaß gemacht und ich habe ja selbst auch etwas dazu gelernt.	KV hat es Spaß gemacht und hat auch etwas dazu gelernt.	KV hat Spaß etwas Neues zu lernen
Herr X.	331-332	156	Man lernt einiges über das soziale Gefüge von Kindern.	Man lernt wie Kinder interagieren.	
Herr X.	357-359	157	In der Fernkorn-gasse wurden gewisse Tipps abgegeben bezüglich der Entwicklung des Kindes.	An den Elternabenden gab es Tipps bezüglich der Entwicklung des Kindes.	Tipps zur Entwicklung
Herr X.	379-380	158	Das war immer eine Spur zu früh - da haben wir sie aufwecken müssen.	Der Zeitpunkt der Gruppe war zu früh für das Kind.	
Frau Y.	16-17	159	Die Eltern-Kind-Gruppe war für mich etwas ganz Neues.	Die Gruppe war eine neue Erfahrung.	
Frau Y.	17-18	160	Ich musste am Rand sitzen, und das Kind sozusagen selbst spielen lassen. Das war schon etwas anderes.	Erwachsene sitzen am Rand und beobachten.	
Frau Y.	20-21	161	Ich soll das Kind selbst spielen und sich mit sich selbst beschäftigen lassen, was auch immer es macht.	Das Kind beschäftigt sich selbstständig.	Dem Kind Gelegenheit zur Eigenaktivität geben
Frau Y.	26-33	162	Wir wurden angerufen und gefragt, ob wir an einer Spielgruppe teilnehmen würden. Das Angebot habe ich mit Freude angenommen.	KM freut sich über das Angebot zur Teilnahme in einer Gruppe.	
Frau Y.	37-50	163	Die ersten 10 Einheiten haben 50	Die Gruppe	

			min und später dann 1 ½ Stunden gedauert. Da hatten die Kinder dann noch eine gemeinsame Jause.	-dauerte zunächst 1h -später 1 ½ h inkl. Jause.	
Frau Y.	53-54	164	Zuerst waren sechs Kinder da mit einer Begleitperson. Und dann in der zweiten Runde sind nur vier Kinder geblieben, und die auch dafür bis zum Ende.	In der Gruppe waren - zunächst 6 - dann 4 Kinder mit Begleitperson.	
Frau Y.	71-73	165	Am Anfang haben wir uns alle begrüßt, die Eltern haben sich einen Teppich genommen so zum Sitzen und haben sich gut platziert.	Zu Beginn der Stunde haben sich alle begrüßt, die KE haben sich einen Platz gesucht.	
Frau Y.	79-82	166	Es waren sehr viel Spielzeug da, sehr viele unterschiedliche Materialien zum Spielen, die anders waren als man von zu Hause gewöhnt ist.	Es gab unterschiedliche Materialien, die sich von den Spielsachen zu Hause unterscheiden.	Spielmaterial
Frau Y.	84-88	167	Im Laufe des Spielkreises wurde das Spielzeug jedes Mal weniger und weniger. Da waren mehr Geräte für Grobmotorik: verschiedene Treppen, wo man hinauf oder hinunter klettern kann ...und die Kinder haben dann mehr Möglichkeit gehabt, miteinander zu kommunizieren.	Zu Beginn gab es mehr Spielmaterial, später -mehr Geräte für Bewegung -mehr Kontakte der Kinder untereinander.	Bewegungsmaterial Kommunikation zw. den Kindern
Frau Y.	91-93	168	Die Kinder haben mehr miteinander kommuniziert, und das haben sie gern gemacht. Ich glaube, dass sie von der Entwicklungsphase her dafür bereit waren.	Kinder kommunizieren miteinander entsprechend ihrem Alter.	Kommunikation dem Alter entsprechend
Frau Y.	96-100	169	Ich habe mich sehr wohl gefühlt. Wir haben uns besonders mit den drei Müttern, als wir zu viert in der Gruppe waren, angefreundet. wenn wir ein bisschen vorher gekommen sind, haben wir uns unterhalten. Wir sind auch einmal auf einen Kaffee gegangen.	Der Kontakt aus der Gruppe wird auch privat weitergeführt.	Freundschaft Gleichgesinnte
Frau Y.	102-105	170	Wir haben uns längere Zeit gekannt, auch die Kinder, wir haben über die Gemeinsamkeiten oder Unterschiede unserer Kinder gesprochen.	Die KE verbindet gemeinsame Themen der Kinder.	Die KE fühlen sich durch gemeinsame Themen verbunden
Frau Y.	131-133	171	Ich habe anfangs immer versucht, sie (Z.) zu ermutigen, dass sie von mir weggeht, also mit den Kindern spielen. Und damit habe ich dann aufgehört, habe sie in Ruhe gelassen, dass sie dann irgendwann einmal selbst etwas tut.	Zu Beginn versucht KM Kind zum Spielen zu überreden. Später gelingt es der KM abzuwarten, bis sich Kind selbst einer Tätigkeit zuwendet.	Abwarten können
Frau Y.	158-160	172	Zwischen 13 und 17 Monaten war eine sehr intensive Phase. Die Zeit im Spielkreis habe ich sehr intensiv erlebt.	Die Zeit im der Gruppe hat die KM sehr intensiv erlebt.	Intensive Erfahrung
Frau Y.	163-173	173	Ich habe mich gefreut, dass sie sich von den anderen Kindern auch etwas abguckt. Kinder machen gerne nach. Wenn einer auf die Treppe will, dann wollen auf einmal alle.	KM freut sich, dass ihr Kind andere nachahmt.	
Frau Y.	175	174	Als Z. das erste Mal gekrabbelt ist, war ich sehr stolz.	Die KM freut sich über die neue Bewegung ihres Kindes.	
Frau Y.	175-177	175	Dadurch, dass sie (Z.) ein Frühchen ist, habe ich mir schon viele Sorgen gemacht, und habe auch	Kind war frühgeboren, die KM hat Sorge, ob die Entwicklung normal verläuft.	Kind ist „frühgeboren“

			Fragen gestellt: Ist das normal? Ist das nicht normal? Wann wird sie den nächsten Schritt machen?		
Frau Y.	178-180	176	Ich hatte während der Gruppe so einen inneren Drang: Wieso kann das dieses Kind und meine noch nicht wo doch alle gleich alt sind?	Die KM vergleicht ihr Kind mit anderen und ist entmutigt.	Entmutigung, wenn das eigene Kind im Vergleich mit anderen unterliegt
Frau Y.	180	177	Und dann habe ich versucht, sie zu ermutigen.	KM ermutigt ihr Kind.	KM ermutigt ihr Kind
Frau Y.	181-182	178	Wir haben auch Elternabende gehabt, wo wir über unsere Sorgen sprechen konnten. Und das hat mir wirklich sehr gut getan und mich beruhigt.	Die Elternabende haben der KM Sorgen genommen und beruhigt.	Platz für Sorgen, Beruhigung
Frau Y.	182-184	179	Die Therapeuten haben uns geraten, dass man das Kind nicht drängen soll.	Therapeutische Hilfestellung im Umgang mit dem Kind.	Hilfestellung im Umgang mit dem Kind
Frau Y.	186-189	180	Ich glaube, das hat ihr (Z.) auch sehr gut getan, wenn sie nicht diese Spannung von mir gespürt hat.	Die KM spürt Erleichterung - bei sich selbst - beim Kind.	
Frau Y.	192-195	181	Bei den Elternabenden konnten wir alle Situationen, die wir dort im Spielkreis gesehen haben und die damit verbundenen Gefühle besprechen.	An den Elternabenden konnten die KE alle Situationen aus der Gruppe und die damit verbundenen Gefühle besprechen.	Situationen aus der Gruppe und die damit verbundenen Gefühle besprechen.
Frau Y.	196-198	182	Wir konnten alles heraus lassen, haben gute Tipps bekommen oder wurden selbst zu Lösungsmöglichkeiten geführt, so habe ich das empfunden.	An den Elternabenden bekamen die Eltern Tipps und wurden selbst zu Lösungsmöglichkeiten geführt.	
Frau Y.	208-210	183	Wir haben besprochen, wer wie was macht. Oder wer was glaubt. Und einfach schon aussprechen hilft. Und nachher, wenn man die Sorgen laut ausspricht, kommt man selbst zu Lösungsmöglichkeiten, wenn das wirklich klar im Raum steht.	Sorgen laut auszusprechen, empfindet die KM hilfreich und lässt sie selbst Lösungsmöglichkeiten finden.	
Frau Y.	213-216	184	Mir hat schon, zum Beispiel, diese Position geholfen, dass man ein Kind wirklich in Ruhe entwickeln lassen kann. Und ich habe dann an Z. gespürt, dass sich meine lockere Art auf das Kind überträgt.	Die KM lernt, - dass sie ihr Kind in seiner Entwicklung nicht drängen muss - und dass sich ihre Ruhe auf das Kind überträgt.	Das Kind nicht drängen
Frau Y.	240-246	185	In der letzten Runde, da habe ich schon gewusst, was zu tun ist. Ich habe dann so quasi gesagt, da muss sie selbst die Lösung suchen. Also, wir haben dort gelernt zu sagen: „Ich sehe, dass du, zum Beispiel, verärgert bist“ oder „Ich sehe, dass du traurig bist“, also ihre Gefühle verbalisieren, aber ich lasse sie dann selbst die Lösung suchen.	Die KM hat gelernt - die Gefühle ihres Kindes zu verbalisieren, - aber sie lässt es selbständig nach Lösungen suchen.	Die Gefühle des Kindes verbalisieren
Frau Y.	286-288	186	Von den Spielmaterialien her habe ich viel übernommen auch für zu Hause. Ich habe gesehen, was sie (Z.) wirklich interessiert. Und das habe ich dann nachgekauft	Die KM nimmt Anregungen für Spielmaterialien mit nach Hause. Sie sieht, wofür sich ihr Kind gerade interessiert.	Anregungen(Spielmaterialien) für zuhause
Frau Y.	317-318	187	Also, ich habe gelernt, nicht immer einzugreifen und für sie zu entscheiden.	Die KM hat gelernt, nicht immer einzugreifen und für das Kind zu entscheiden.	Die Initiative bleibt beim Kind
Frau Y.	326-327	188	Besonders in der ersten Zeit, als im Spielkreis waren, habe ich immer gesagt, also, wenn ich die Z. da sehe, ich wundere mich, weil	Besonders in der ersten Zeit sieht die KM in der Gruppe ein ganz anderes Kind.	KM nimmt Kind in der Gruppe anders wahr als zuhause.

			ich sehe ein ganz anderes Kind.		
Frau Y.	340-341	189	Und ich habe meinen Mann dann auch damit motiviert: „Du sollst mal mit Z. in den Spielkreis gehen, das ist ein ganz anderes Kind.“	Die KM motiviert ihren Mann ebenfalls die Gruppe zu besuchen, da sich das Kind dort anders verhält als zuhause.	- Eigeninteresse - Motivation durch die Partnerin - Teilen der Aufgabe mit der Partnerin
Frau Y.	413-416	190	Mein Mann ist sehr gern in den Spielkreis gegangen. Zuerst einmal war er einfach neugierig, weil ich ihm immer erzählt habe, dass sich das Kind dort ganz anders verhält und das wollte er sehen. Und später habe ich am Montag Ausbildung gehabt und dann musste er gehen.	Der Partner nimmt ebenso an den Gruppenstunden teil, - weil es ihn interessiert - weil die KM terminlich verhindert ist.	
Frau Y.	426-428	191	Ich bin sehr froh, dass wir diese Möglichkeit gehabt haben, an dieser Spielrunde teilzunehmen, weil ich mir nicht sicher bin, ob wir irgendwo in einem Kind-Eltern-Zentrum das Gleiche erfahren hätten, so viel profitieren können wie da.	Die KM hat aus dem therapeutischen Angebot profitiert.	
Frau Y.	428-430	192	Vor allem die Elternabende, wo man bespricht, was man gesehen hat, und auch aktuelle Probleme. Das hat immer gepasst.	Vor allem die Elternabende haben der KM gut getan.	
Frau Y.	439-440	193	Ich habe wirklich viel gelernt im Umgang mit Z., dass ich nicht alles für sie entscheiden soll, sondern ihr sage bzw. zeige, dass ich da bin, und am Besten zusehe.	Die KM hat in der Gruppe gelernt, - nicht für das Kind zu entscheiden - für das Kind da zu sein, indem sie ihm zusieht.	
Frau Y.	441-444	194	Entscheidungen, die altersentsprechend sind, soll sie auch lernen, selbst zu treffen. Also, gewisse Kompetenzen erwerben. Ich denke, für ihre Entwicklung war das enorm wichtig. Vielleicht hat das auch eine Rolle gespielt, dass sie jetzt so gesund ist von der Entwicklung her, altersentsprechend glaube ich.	In den Augen der KM hat sich das Kind gut entwickelt und altersentsprechend Kompetenzen erworben.	
Frau Y.	449-452	195	Das war alles kurz. Also, ich hätte noch ein halbes Jahr gebraucht. Alle Eltern hatten sich damals dafür ausgesprochen.	Die KM hätte die Gruppe noch gerne länger besucht.	
Frau Y.	456-460	196	Am Anfang habe ich sehr früh Spielkreis gehabt. Und da musste ich sie (Z.) immer aufwecken. Und wenn man ein kleines Kind aufgeweckt, ist das natürlich ein bisschen schwer.	Die Gruppe war am Anfang zu früh angesetzt, die KM musste ihr Kind immer wecken.	Zu frühe Therapiestunden sind für das Kind ungeeignet
Frau Y.	465-468	197	In der letzten Runde, da haben sie dann eine Stunde gespielt und eine halbe Stunde gemeinsame Jause gehabt. Ich fand das eine tolle Idee.	Zuletzt dauerte die Gruppe 1 ½ h mit einer gemeinsamen Jause	

Ad Kap 7.1_2 Wie haben die Eltern ihr Kind während des therapeutischen Settings erlebt?

Interview	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Frau K.	49-50	198	Das erste halbe Jahr war sehr intensiv, so immer wöchentlich.	Regelmäßige Therapie wird auch für das Kind intensiv erlebt.	Intensives Erleben
Frau K.	51-52	199	Wir haben dann die Intervalle ein bisschen hinaus gezögert, also, das war so nach Bedarf, wie er sich entwickelt hat.	Die Therapiefrequenz wird auf die Bedürfnisse des Kindes abgestimmt.	
Frau K.	55-57	200	Am Anfang hat er ja nichts von sich aus gezeigt, also er wollte nicht sich auf die Seite drehen oder am Bauch drehen, da hat er ziemliche Schwierigkeiten gehabt.	Am Anfang hat Kind kaum aktive Bewegung gezeigt.	Am Anfang wenig Eigenaktivität
Frau K.	85-87	201	Und da hat die Therapeutin immer versucht, mit dem Kind Kontakt aufzunehmen und einfach ein bisschen warm zu werden, damit der Kleine sich auch wohl fühlt.	Therapeutin hat darauf geachtet, dass sich das Kind wohl fühlt.	Die Therapeutin achtet, dass sich Kind wohl fühlt
Frau K.	109-112	202	Es war vielleicht schwierig für ihn (D.), weil er hat gespürt, dass wir einen gewissen Erwartungsdruck ... also ich eine gewisse Erwartungshaltung habe, dass er sich jetzt bewegen soll, wenn er in der Therapie ist.	Die Erwartungshaltung der KM stellt für das Kind eine Belastung dar.	Die Erwartungshaltung der KM ist für das Kind spürbar
Frau K.	133-135	203	Die Bauchlage, die war eine Katastrophe, weil er eine sehr starke Rumpfhypotonie hat und den Kopf auch nicht ordentlich halten hat können. Ihn überhaupt in Bauchlage zu halten und zu bewegen war immer sehr spannend.	Die Bauchlage war aufgrund der starken Rumpfhypotonie lange Zeit nicht möglich.	Die Rumpfhypotonie ²⁹ schränkt ein
Frau K.	135-136	204	Und da hat eben die Therapeutin auch so Tipps und Tricks, was es halt so gibt, was weiß ich.	Die Therapeutin unterstützt aktiv.	
Frau K.	139-142	205	Wir haben eine Nachziehlente, die haben wir immer verwendet, die hat geklappert, das hat ihn fasziniert, da ist er dann wirklich in Bauchlage geblieben und hat er dann immer brav zugeschaut.	Spezielle Materialien weckten das Interesse des Kindes und beeinflussten seine Ausdauer.	Spielmaterial verbessert Interesse und Ausdauer
Frau K.	149-154	206	Die Therapeutin musste mithelfen. Also, sie hat natürlich versucht, dass er (D.) selbst möglichst weit kommt, aber das letzte Stück hat immer gefehlt und es hat ihm auch immer die Idee gefehlt „Wie komme ich da jetzt ganz hinüber?“ sozusagen.	Die Therapeutin versuchte, dass das Kind die neue Bewegung weitgehend selbst erreichte, und unterstützt, wenn es nötig ist.	Aktive Unterstützung der Bewegung
Frau K.	156-157	207	D. war grantig dabei, also, weil er gemerkt hat, das ist unbefriedigend, er schafft es nicht ganz von alleine.	Das Kind war unzufrieden, wenn es eine Bewegung nicht von sich aus beherrschte.	Unzufriedenheit bei Misslingen einer Bewegung
Frau K.	160-164	208	D. ist kein Morgenmensch, also, Therapien am Vormittag sind nicht so zielführend wie Therapien am Nachmittag. Das merkt man dann auch erst mit der Zeit.	Die Mitarbeit des Kindes war abhängig von der Tageszeit.	Motivation
Frau K.	224	209	In Punkto Bewegungen war er leider nie so experimentierfreudig, würde ich mal sagen.	Das Kind war nie bewegungsfreudig.	Freude an der Bewegung

²⁹ Rumpfhypotonie, Synonym für schwache Rumpfmuskulatur

Frau K.	228-235	210	Jetzt, wo sich die Bewegung verbessert hat und seit er krabbelt, da ist die Muskulatur ein bisschen angesprungen. Sagen wir so, da hat er dann gleich begonnen, mehr zu experimentieren. Jetzt klettert er mal irgendwo hinauf und bewegt sich einfach mehr.	Seit sich die Bewegungen und die Muskulatur des Kindes verbessert haben, steigt die Bewegungsfreude.	
Frau K.	240-248	211	Für Schnüre, Bänder hat sich D. am Anfang sehr interessiert. Dann Bälle, das ist nach wie vor so. Er schaut, wie der Ball rollt, oder wie der Ball sich bewegt, oder wie ein Gummiball springt. Das ist immer wieder spannend. Da krabbelt er hinterher oder versucht mit dem Fuß ein bisschen dran zu schießen, wenn er an meiner Hand geht. Ich würde sagen, das sind so die Highlights.	Das Kind bevorzugt rollende Spielmaterialien, die es - am Anfang mit den Augen und - später krabbelnd oder an der Hand der KM verfolgen kann.	Bevorzugte Spielmaterialien
Frau K.	286-287	212	Er hat zugewartet, bis er gut krabbeln konnte, bis er dann wirklich rollende Gegenstände verfolgt hat.	Das Kind wartet, bis es in der Fortbewegung sicher genug ist, bevor es rollende Gegenstände verfolgt.	
Frau K.	377-379	213	Also, ich würde sagen, er genießt das sehr, weil er sich einfach jetzt – obwohl er jetzt noch immer motorisch eingeschränkter ist als andere Kinder – in seinem Rahmen frei ist bewegen kann.	Das Kind genießt seine motorische Unabhängigkeit trotz Entwicklungsverzögerung.	Freude an der Bewegung trotz Entwicklungsverzögerung
Frau Sch.	18-20	214	Die Kinder sind bei uns gesessen und konnten dann selbständig entscheiden, ob sie jetzt auf ein anderes Kind zugehen, zu einer anderen Person gehen oder sich mit irgendeinem Gerät oder einem Ball oder sonst etwas beschäftigen.	In der Gruppentherapie saßen die Kinder solange bei den Eltern, bis sie selbständig entschieden, diese Position aufzugeben.	Das Kind bestimmt Nähe/Distanz zum Elternteil
Frau Sch.	53-57	215	In der ersten 10 Einheiten hat sich wirklich fast kein Kind noch bewegt, höchstens ein bisschen Aufsetzen oder Krabbeln, aber gegangen ist niemand, in dieser Spielgruppe, in der ersten. Die Kinder waren alle so um ein Jahr herum und gegangen ist keiner.	Am Anfang - sind manche Kinder gesessen und gekrabbelt - ist keines der Kinder gegangen.	
Frau Sch.	60-61	216	Ich meine, er (A.) ist nicht gegangen und er ist auch, am Beginn der Spielgruppe, nicht gekrabbelt.	Am Anfang konnte das Kind weder Krabbeln noch gehen.	
Frau Sch.	63	217	Er (A.) ist am Platz geblieben und hat sich nicht von der Stelle gerührt.	Das Kind ist am Platz geblieben.	
Frau Sch.	71-72	218	Man hat deutlich gespürt, dass die Kinder am Anfang mehr auf Distanz und sehr bei der Mutter waren.	Die Kinder blieben zunächst in der Nähe der Eltern.	
Frau Sch.	78-79	219	Mit 18 Monaten konnte er gehen. Also, er hat das ganze Limit ausgeschöpft. Mit 18 Monaten kann man sagen, das liegt im Rahmen, so lange hat es gedauert.	Mit 18 Monaten konnte das Kind gehen und hat damit den maximalen Zeitraum für die „Normalentwicklung“ ausgeschöpft.	„Später Gehbeginn“
Frau Sch.	119-124	220	Er hatte eine motorische Entwicklungsverzögerung, weil er auch nicht gekrabbelt ist. Er hat Krabbeln erst nach dem gehen gelernt. In der Spielgruppe hat er auf einmal zu Krabbeln begonnen.	Das Kind hatte eine motorische Entwicklungsverzögerung. In der Spielgruppe hat er zu Krabbeln begonnen.	Motorische Entwicklungsverzögerung

Frau Sch.	129-132	221	Er hat sich am Boden gerollt, und dann hat er eben zum „Pobschen“, also zum Pobschrutschen angefangen. Und das hat er ziemlich lange gemacht, bevor er dann einmal draufgekommen ist, dass es mit Krabbeln ja eigentlich leichter geht.	Das Kind hat sich zunächst <ul style="list-style-type: none"> - rollend - dann sitzruschend - und erst später krabbelnd fortbewegt.	
Frau Sch.	192-194	222	Er ist wirklich fast die ganzen ersten 10 Stunden nur bei mir gesessen, hat sich wirklich überhaupt nicht wegbewegt, während die anderen Kinder dann schon langsam begonnen haben.	Die ersten 10 Stunden ist das Kind neben der KM gesessen während sich andere bereits im Raum fortbewegt haben.	- enger Kontakt zur KM - Bewegung um mit anderen Kindern Kontakt herzustellen
Frau Sch.	194-196	223	Und in den zweiten 10 Stunden war es ganz anders. Also, da war er wirklich sehr viel weg und ist rumgeturnt und hat sich mit einer Zweiten unterhalten, weil die auch so viel gesprochen hat wie er.	In den zweiten 10 Stunden hat sich das Kind viel im Raum bewegt und Kontakt zu anderen Kindern gesucht.	
Frau Sch.	198	224	Die Zwei haben miteinander kommuniziert.	Das Kind war im Kontakt mit einem zweiten.	
Frau Sch.	200	225	Und ich glaube, es hat ihm sehr gut gefallen.	Die KM beobachtet, dass ihr Kind gerne mit anderen in Kontakt ist.	
Frau Sch.	202-204	226	Ich glaube, es war für ihn sehr wichtig, dass ich wirklich einmal eine Stunde Zeit hatte ihm zuzuschauen, ihn zu beobachten, er mich spüren konnte.	Die KM denkt, <ul style="list-style-type: none"> - dass das Kind die Zeit mit der KM genießt - dass das Kind die Gegenwart der KM spürt. 	
Frau Sch.	206-208	227	Dort konnte man einmal ... komplett ... auf das Kind schauen und ich glaube schon, dass das sehr wichtig für ihn war.	Die ungeteilte Aufmerksamkeit der KM ist für das Kind wichtig.	
Frau Sch.	208	228	Er ist auch immer gern mitgegangen wenn ich gesagt habe „Gehen wir“ ...	Das Kind ist immer gerne in die Gruppe gegangen.	Gefallen an der Gruppe
Frau Sch.	211-213	229	Er hat schon am Wochenende davon geredet -Spielgruppe war immer am Montag- da hat er schon immer den Namen eines Mädchens genannt auf das er sich freut.	Das Kind freut sich auf die Gruppe und <u>ein</u> Kind besonders.	Erste Freundschaft
Frau Sch.	213-214	230	Und man hat es schon gemerkt, es gehört dazu, irgendwie.	Die KM bemerkt an ihrem Kind die Zugehörigkeit zur Gruppe.	Zugehörigkeit zur Gruppe
Frau Sch.	222-223	231	In den ersten 10 Stunden hat er (A.) wirklich nur neben mir gesessen und beobachtet.	Am Anfang bleibt das Kind bei der KM und beobachtet.	
Frau Sch.	268-270	232	Feinmotorisch – das haben mir auch die Therapeuten bestätigt – war er extrem schnell. Den Zangengriff oder das Flascherl selber halten, da war er ganz schnell. Und auch mit der Sprachentwicklung, extrem schnell.	In anderen Entwicklungsbereichen ist das Kind flott.	Einschätzen anderer Entwicklungsbereiche
Frau Sch.	287-294	233	In dieser zweiten Spielgruppe da hat es begonnen, dass er eben auf Matten, die eine leichte Steigung gehabt haben, raufgekrabbelte auf der einen Seite, auf der anderen Seite heruntergerutscht in allen möglichen Lagen, mit dem Kopf voran, mit den Füßen voran. Und das ist ihm nicht zu blöd geworden, er hat sich die ganze	In der zweiten Gruppe hat sich das Kind ausdauernd mit den Bewegungsgeräten beschäftigt.	Entwickeln von Ausdauer

			Stunde wirklich mit dieser Matte beschäftigt und mit dieser Steigung, rauf, runter.		
Frau Sch.	299-301	234	Wenn er (A.) gemerkt hat, ich schaue hin, dann hat er noch mehr gegrinst. Und mit dem anderen Mädchen, mit dem er sehr viel kommuniziert hat, die haben sich natürlich gegenseitig aufgeschaukelt und teilweise Kasperltheater gemacht, damit wir lachen.	Das Kind genießt die Aufmerksamkeit der KM und intensiviert seine Bemühungen. Das Kind erfreut sich an der Gegenwart der KM.	Freude an der Gegenwart der KM
Frau Sch.	301-304	235	Und auch in der Art der Kommunikation haben sie manchmal Meldungen von sich gegeben, das hat sie dann wahnsinnig gefreut, wenn sie gemerkt haben, sie stehen im Mittelpunkt.	Das Kind steht gerne im Mittelpunkt.	Das Kind steht gerne im Mittelpunkt
Frau Sch.	306-307	236	Er (A.) ist auch stolz gewesen, wie er gehen und klettern konnte.	Das Kind zeigt seinen Stolz beim Erwerb neuer motorischer Fähigkeiten.	„Stolz“ bei neuen Fähigkeiten
Frau Sch.	310	237	Man hat gemerkt, wie glücklich er (A.) war, wenn er gesehen hat, dass wir uns freuen.	Das Kind zeigt Freude über die Anerkennung der Mutter.	Freude über die Anerkennung der Mutter
Frau Sch.	311	238	Er hat (A.) gespürt, dass mein Druck weg ist.	Das Kind spürt die Erleichterung der Mutter.	
Frau Sch.	313	239	Er hat gespürt, dass er die Mama auch glücklich macht.	Das Kind spürt die positive Veränderung der KM.	
Frau Sch.	315-316	240	Ich glaube schon, dass er (A.) das sehr stark gespürt hat, meine Anspannung und natürlich dann auch die Erleichterung.	Das Kind spürt die Anspannung und die Erleichterung der KM.	
Frau Sch.	316-317	241	... auch seine Freude, dass er (A.) eben selbst wo hin konnte ohne angewiesen zu sein.	Das Kind freut sich selbständig zu sein.	Zeigt Freude an der Selbständigkeit
Frau Sch.	319-320	242	Ab dem Moment, wo er „gepopscht“ ist, hat man schon seine Erleichterung gemerkt.	Sobald sich das Kind fortbewegen konnte, war es erleichtert.	Erleichterung durch Fortbewegung
Frau Sch.	336-339	243	Er hat (A.) sich intensiv mit Bällen beschäftigt. Und später dann mit dem Klettern. Die Tücher haben ihn weniger interessiert. Aber Bälle und alles, was andere Kinder gerade in der Hand haben, war natürlich auch immer sehr interessant.	Das Kind interessiert sich besonders - für rollende Gegenstände - für alles, was andere Kinder gerade in Händen halten - für manche Dinge weniger.	Gegenstände, die sich bewegen Spielsachen, die andere Kinder in der Hand haben
Frau Sch.	373-374	244	Ich glaube, er (A.) freut sich, wenn er Aufmerksamkeit von der Mama hat.	Das Kind genießt die Aufmerksamkeit der KM.	
Frau Sch.	427-428	245	Er (A.) hat dort einfach nur beobachtet, was die anderen Kinder machen	Das Kind beobachtet andere Kinder aus der Gruppe.	Beobachten der anderen Kinder
Frau Sch.	555-556	246	Mir ist aufgefallen, dass er gewisse Dinge nur dort in der Spielgruppe gemacht hat und sonst eben nicht.	Manches zeigt er nur in der Gruppe und zuhause nicht.	
Frau Sch.	560-561	247	Ich habe schon gemerkt, dass er in ein paar Situationen anders reagiert wie zu Hause.	In der Gruppe reagiert das Kind anders als zuhause.	
Frau Sch.	572-574	248	Ich finde schon, dass das ein Unterschied ist, ob das jetzt vertraut ist oder ob dann doch ein bisschen Distanz da ist. Weil eben das mit „sich näher kommen“, auch mit den Kindern, ist erst ganz am Schluss passiert.	Die Vertrautheit in der Gruppe ist wichtig, erst dann kann sich das Kind von der KM lösen.	Vertrautheit in der Gruppe als Voraussetzung die Distanz zur KM herzustellen
Frau S.	151	249	Ich glaube, ihr (V.) hat es gefallen.	Die Gruppe hat dem Kind	Gefallen an der Gruppe

				gefallen.	
Frau S.	155-156	250	Wir sind niemals mit Tränen dort hingegangen, und ich glaube, ihr (V.) hat es gefallen. Einfach, dass es sich um sie dreht.	Das Kind genießt es im Mittelpunkt zu stehen.	
Frau S.	157-158	251	Sie (V.) hatte auch große Scheu vor Fremden, das ist dann auch mit jedem Mal besser geworden.	Mit jeder Stunde wird die Scheu des Kindes weniger.	Scheu nimmt ab
Frau S.	158-160	252	Das hat ihr (V.) getaugt. Natürlich waren dort auch Sachen, die wir zu Hause nicht hatten. Also, vom Turnzeug her, so zum Herumturnen und Hinaufkraxeln und eine Sprossenwand.	Das Kind hat sich besonders für die Bewegungselemente interessiert.	Bewegungselemente, die es zuhause nicht gibt
Frau S.	161-164	253	Ich glaube auch, dass sie (V.) sich sehr viel abgeschaut hat dort, da doch einige größere Kinder dort waren, die einige Dinge besser konnten als sie. Und man hat gesehen, sie beobachtet, dann probiert sie selber.	Das Kind hat beobachtet und andere Kinder nachgeahmt.	
Frau S.	164-166	254	Sie (V.) konnte sich dort eine Stunde alleine beschäftigen, also, zu 80 % sage ich; sie hat hie und da geschaut, ob ich eh noch da bin.	Das Kind konnte - sich allein beschäftigen - hat sich immer wieder der Anwesenheit der KM vergewissert.	Selbständiges Tun
Frau S.	167-169	255	Wenn wir dorthin gekommen sind, hat sie (V.) gewusst, das ist: „Ja, Mama brauche ich dort nicht. Ich schaue zwar, ob sie eh in der Nähe ist, wenn einmal etwas passiert... aber brauchen tu ich sie nicht wirklich.“	In der Gruppe - war das Kind selbständig, - hatte das Kind immer wieder Blickkontakt mit der Mutter.	Das Kind hat immer wieder Blickkontakt zur KM
Frau S.	170-171	256	Da konnte sie (V.) auf einmal alleine Ball spielen. Und ich glaube, das hat ihr gefallen.	Das Kind findet Gefallen am selbständigen Tun.	
Frau S.	172	257	Wie gesagt, sie (V.) ist immer mit Freude hingegangen.	Das Kind ging gerne in die Gruppe.	
Frau S.	179-181	258	Sie (V.) ist sehr spät losgegangen. Sie war 1 ½ Jahre bis sie überhaupt losgegangen ist. Sie ist zwar dann aufgestanden und losgegangen, also, ohne Vorwarnung, ja, das das war alles in dieser Zeit.	Das Kind begann mit 18 Monaten zu gehen, plötzlich und ohne Vorwarnung.	Plötzlicher Gehbeginn
Frau S.	267-268	259	Das Herumklettern an der Sprossenwand, das hat sie (V.) relativ lange gemacht,	Das Kind hatte eine Vorliebe für die Sprossenwand.	
Frau S.	269-270	260	Das hat sie (V.) dort genossen, dass ich auf Nadeln gesessen bin und sie nicht ermahnt habe.	Das Kind genießt es in seinem Tun nicht eingeschränkt zu werden.	
Frau S.	273-274	261	Sie (V.) hat sich viel abgeschaut von den anderen Kindern. Sie hat sehr viele Sachen nachgemacht und hat immer wieder probiert und ist immer mutiger geworden.	Das Kind wiederholt bestimmte Bewegungen und wird immer mutiger.	Die Bewegungen des Kindes werden mutiger
Frau S.	276-277	262	Und dann hat sie (V.) es sich abgeschaut und immer wieder probiert und immer besser und immer besser.	Durch wiederholtes Probieren werden die Bewegungen des Kindes immer sicherer.	Die Bewegungen des Kindes werden sicherer
Frau S.	279-281	263	Sie (V.) war immer gut gelaunt. Und natürlich auch, weil sie es mir angesehen hat, dass ich halt meine Freude daran habe, was	Mutter und Kind teilen die Freude über neue Fähigkeiten. Die Freude der KM überträgt sich auf das Kind.	Mutter und Kind teilen die Freude über neue Fähigkeiten

			sie tut und was sie schon kann. Und ich glaube, das überträgt sich auch auf das Kind.		
Frau S.	286-288	264	Und genauso glaube ich auch, dass sie einfach den Stolz oder dieses „Poah, Kind, was du kannst!“, dass sich das wahrscheinlich überträgt und das Kind dann selber einfach auch selbstbewusster wird.	Der Stolz der KM - überträgt sich auf das Kind - macht das Kind selbst bewusster.	Das Kind entwickelt Selbstbewusstsein durch die Anerkennung der KM
Frau S.	297	265	Aber die Sprossenwand war, glaube ich, einer unserer Favoriten.	Das Kind zeigt Vorliebe für die Sprossenwand.	
Frau S.	316-319	266	Am Anfang sind die Kinder noch bei den Müttern gesessen oder bei den Vätern, je nachdem. Und dann schön langsam nach ein paar Minuten sind die ersten losgelaufen, haben sich die Bälle geholt, ..., dann haben sie halt vor sich hingeturmt.	Am Anfang sitzen die Kinder bei den Eltern und lösen sich erst allmählich ab.	
Herr X.	85-87	267	Die erste Zeit sind die Kinder jeweils bei den Elternteilen gesessen und haben einmal geschaut, was ist. Dann hat sich ein Kind einmal gelöst und ist einmal ein bisschen weggegangen, dann das zweite Kind...	Am Anfang sitzen die Kinder bei den Eltern und beobachten das Geschehen in der Gruppe. Allmählich lösen sich die Kinder erst ab.	
Herr X.	92-93	268	Ich glaube, dass meine Tochter in der Fernkorngasse sehr viel gelernt hat.	Das Kind hat in der Gruppe viel gelernt.	Das Kind hat viel gelernt
Herr X.	96-97	269	Sie (Z.) hat andere Kinder nachmacht, kopiert. Zum Beispiel, wenn der eine da hinauf geht, muss sie auch hinauf.	Das Kind ahmt andere Kinder in der Gruppe nach.	
Herr X.	99-100	270	Sie (Z.) hat immer versucht, mich an der Hand zu nehmen. Sie hat mich teilweise als Partner gebraucht.	Das Kind - wollte zunächst den Raum an der Hand des KV erkunden - hat den KV als Partner gebraucht.	Bleibt an der Hand des KV, braucht den KV
Herr X.	143-144	271	Z. ist immer ein vorsichtiger Mensch. Also, sie schaut einmal, was passiert.	Das Kind war zunächst vorsichtig.	Das Kind ist vorsichtig
Herr X.	146-149	272	Und was für sie (Z.) wichtig ist, dass sie weiß bzw., dass sie sieht, dass der Papa oder die Mama da ist. Und das hat sie auch gemacht. Sie kommt dann wieder zurück, holt sich ihre Kuscheleinheiten ab, und dann geht sie wieder weg.	Das Kind suchte immer wieder Blick- und Körperkontakt mit den KE.	Immer wieder Blick- und Körperkontakt zur Bezugsperson
Herr X.	153-154	273	Es hat ihr (Z.) sicher gefallen, weil sie da auch gespielt hat, und sie dort andere Kinder kennengelernt hat.	Freude im Kontakt mit anderen Kindern.	Freude im Kontakt mit anderen Kindern
Herr X.	191-193	274	Sie (Z.) hat eigentlich alles ausprobiert, also, einmal dort ein bisschen und einmal da ein bisschen ausprobiert. Aber Sachen, die Lärm machen, haben ihr besonders gefallen.	Das Kind experimentierte viel und entwickelt eine Vorliebe für Materialien, die Geräusche erzeugen.	Das Kind zeigt Interesse an neuen Spielmaterialien
Herr X.	228-234	275	Sie (Z.) wollte, dass ich mit ihr mitgehe. Also, sie will natürlich ihren Kopf durchsetzen, und da muss man auch hart bleiben und ihr sagen: „Nein, der Papa will jetzt da sitzen bleiben.“ ... auch wenn es schwer fällt.	Dem KV fiel es schwer Grenzen zu setzen.	Schwierigkeit Grenzen zu setzen
Frau Y.	76-78	276	Zuerst sind die Kinder alle bei den	Zunächst saßen die Kinder bei	

			Eltern (bei Mama am Schoß) geblieben, und haben geschaut. Und wenn dann die Neugier überwogen hat, haben sich die Kinder ein bisschen weiter von der Mama entfernt.	den Eltern. Als die Neugier überwog, lösten sie sich allmählich.	
Frau Y.	91-92	277	Die Kinder haben miteinander kommuniziert, das haben sie gern gemacht; ich glaube, weil sie dafür in ihrer Entwicklung bereit waren.	Die Kinder zeigen Freude im Kontakt mit anderen Kindern.	
Frau Y.	109-111	278	Die Kleine (Z.) ist sehr bewegungsfreudig, sie bewegt sich gern und viel.	Das Kind war sehr bewegungsfreudig.	
Frau Y.	115-120	279	Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ruhigere Eltern eher ruhigere Kinder und unruhigere Eltern sozusagen ein „bisschen unruhigere Kinder“ haben. Meine Kleine interessiert sich weniger für Bausteine oder Legosteine, sie will eher laufen und springen.	Ruhigere Eltern haben ruhigere Kinder, aktive Eltern haben aktive Kinder.	Temperament
Frau Y.	127-129	280	Sie (Z.) war wie alle Kinder zuerst ein bisschen zurückhaltend.	Zunächst war das Kind zurückhaltend.	
Frau Y.	132-135	281	Ich habe sie in Ruhe gelassen, dass sie (Z.) irgendwann einmal selbst etwas tut. Und je länger wir diesen Spielkreis besucht haben, desto kürzer war die Phase, die sie bei mir gesessen ist.	Je länger das Kind die Gruppe kannte, umso kürzer war die Phase, wo es die Nähe der Mutter suchte.	
Frau Y.	151-155	282	In der Zeit, als der Spielkreis angefangen hat, hat sie (Z.) sich intensiv „auf allen Vieren“ bewegt. Und dann irgendwann ist sie mit Unterstützung gestanden. Mit 17 Monaten hat sie dann im Spielkreis angefangen zu gehen.	Zu Beginn der Gruppe konnte das Kind krabbeln. Mit 17 Monaten begann es zu gehen.	Gehbeginn mit 17 Monaten
Frau Y.	162-164	283	Sie (Z.) hat sich von den anderen Kindern auch etwas abguckt.	Das Kind hat andere Kinder nachgeahmt.	
Frau Y.	187-189	284	Wenn sie bei mir sitzen will, dann soll sie auch von mir aus die ganze Stunde da sitzen. Ich glaube, das hat ihr sehr gut getan, wenn sie von mir diese Spannung, diesen Drang nicht gespürt hat.	Das Kind genoss - die Nähe der KM - es, wenn die KM keine Erwartungen an das Kind hat.	Kind geht es gut, wenn es keine Erwartungen erfüllen muss
Frau Y.	214-216	285	Ich habe auch an der Z. gespürt, dass ihr meine lockere Art gut tut, und dass sie dann plötzlich ein bisschen besser gegangen ist.	Die entspannte Haltung der KM übertrug sich auf das Kind. Dadurch wurden ihre Bewegungen plötzlich „freier“.	
Frau Y.	255-262	286	Am Anfang hat sie alles zum Mund geführt, auch diese Geräte, sie hat alle mit der Zunge ertastet.	Zu Beginn erkundete das Kind alle Gegenstände mit dem Mund.	Orales Explorieren
Frau Y.	326-327	287	Besonders in der ersten Zeit, habe ich mich gewundert, also wenn ich die Z. da gesehen habe, das war ein ganz anderes Kind.	Besonders an Anfang erkannte die KM ihr Kind nicht wieder.	
Frau Y.	441-443	288	Entscheidungen, die altersentsprechend sind, soll sie auch lernen, selbst zu treffen. Ich denke, das ist für ihre Entwicklung enorm wichtig.	Die KM erkannte die Notwendigkeit das Kind selbständig handeln zu lassen.	Selbständiges Handeln ist für das Kind wichtig
	443-445	289	Das hat auch eine Rolle gespielt, dass sie jetzt von der Entwicklung her so gesund ist, altersentsprechend glaube ich, das hat sie auch von dort mitgenommen.	Die KM beurteilt ihr Kind nach der Therapie als - gesund - dem Alter entsprechend.	
Frau Y.	466-471	290	Im letzten Therapieblock haben die Kinder eine Stunde gespielt	In der zweiten Gruppe gab es eine gemeinsame Jause. Die	

			und eine halbe Stunde eine gemeinsame Jause gehabt. Da haben die Kinder gelernt, dass sie sich nicht einfach nehmen können, was ihnen nicht gehört, sondern es wird zuerst gefragt.	Kinder lernten nur dann von anderen zu nehmen wenn sie vorher gefragt hatten.	
--	--	--	---	---	--

Ad Kap. 7.1_3 Konnten die Eltern ihrer Meinung nach die Anregungen aus dem therapeutischen Setting auch in den Alltag mit ihrem Kind übernehmen?

Interview	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Frau K.	170-174	291	Das Nächste war für mich auch das Aufsetzen oder das selber Sitzen, das ist ja auch erst nach dem ersten Geburtstag gekommen mit 14 Monaten ungefähr. Und das hilft schon mal, auch für zu Hause, für das Spielen oder fürs Interagieren, wenn dein Kind plötzlich einmal sitzen kann. Es war immer schwierig mit ihm (D.) zu baden, das habe ich eigentlich allein schwer geschafft, und das hat dann schon sehr geholfen, wie er plötzlich sitzen konnte.	Es hilft für zu Hause (für das Spielen oder für das Interagieren) wenn das Kind sitzen kann.	Das selbständige Sitzen entlastet die KM
Frau K.	177-179	292	Man neigt dazu, dass man das Kind, das sehr passiv ist, aufsetzt, damit ich wenigstens irgendwie etwas tun kann. Das ist immer so eine Gratwanderung, wie weit greife ich ein oder greife ich voraus oder eben auch nicht.	Das Eingreifen oder Vorgreifen bzw. das Abwarten neuer Entwicklungsschritte ist eine Gratwanderung.	
Frau K.	182-187	293	Ich habe es dann nicht mehr so ganz durchgehalten und habe einen Hochstuhl gekauft, und habe ihn (D.) auch hinein gesetzt. Damit habe ich ihn leichter füttern können.	Die KM lehnte weiteres Abwarten ab zugunsten leichteren Umganges im Alltag mit ihrem Kind.	Warten wird zugunsten anderer Entwicklungsbe-reiche aufgegeben. (Bsp.: Sitzen im Hochstuhl)
Frau K.	287-289	294	Ich habe dann versucht, die Aufmerksamkeit von D. mit Spielmaterialien oder Sonstigem so zu lenken, dass er vielleicht doch einmal probiert zu krabbeln.	Die KM motivierte das Kind sich fortzubewegen.	
Frau K.	319-342	295	Jetzt eben aktuell mit dem Gehen, versucht man, dass er eben die Hände nicht so in der Höhe hat und dass er selber geht, dann hat er ja auch die Hände nicht oben, sondern hat sie zum Ausbalancieren.	Die KM unterstützt das Kind, damit es selbständig gehen kann.	Die KM unterstützt das Kind aktiv
Frau K.	344-345	296	Er (D.) lernt, dass die Hände (beim Gehen) unten bleiben und nicht nach oben gestreckt werden.	Das Kind behält die Arme beim Gehen neben dem Körper.	Das Kind behält die Arme beim Gehen neben dem Körper
Frau K.	359-363	297	Mein Schwiegervater ist bastlerisch veranlagt- und hat auch schon Hilfsgeräte gebastelt: eine Holzterrasse, damit er zum Waschbecken hinauf krabbeln kann und Tisch und Bank aus Holz, dass er selber sitzen kann und selber hinauf krabbeln kann. Solche Dinge.	Weitere Familienmitglieder unterstützen die motorische Entwicklung des Kindes mit geeigneten Hilfsmitteln.	Der Großvater baut eine Treppe, die die Selbstständigkeit des Kindes unterstützt
Frau K.	367-369	298	Auf diese Ideen sind wir so in der Familie gekommen, und haben das jetzt so umgesetzt, dass er (D.) quasi selbständig hinaufkrabbeln kann, dass er sich Hände waschen kann, dass ich ihn nicht dauernd herumtragen muss, und er selbst bestimmt, dass er das durchführen kann.	Gemeinsame Ideen innerhalb der Familie zu Unterstützung der Selbstständigkeit.	Gemeinsame Ideen innerhalb der Familie zu Unterstützung der Selbstständigkeit
Frau K.	373-374	299	Er (D.) kann selber bestimmen, ob er jetzt auf das Holzbankerl hinaufkrabbeln will oder nicht.	Das Kind bestimmt, wie es sich fortbewegt.	Das Kind bestimmt, wie es sich fortbewegt

Frau K.	375-377	300	Er (D.) bestimmt selber „Ich will mich da jetzt hinsetzen, ich will mir ein Buch anschauen oder was auch immer.“ und er genießt das sehr.	Das Kind bestimmt seine motorischen Aktivitäten.	
Frau K.	395-396	301	Man muss Geduld lernen und Vertrauen haben in das eigene Kind.	Die KM lernt - Geduld - Vertrauen in das eigene Kind zu haben.	
Frau K.	399-402	302	Man lernt die kleinen Bewegungen schätzen, nämlich die Übergänge, die man ja sonst nicht sieht. Sonst sagt man ja: „Wann krabbelt das Kind? Wann geht das Kind?“ Die Übergänge sind genauso wichtig, damit er das dann wirklich gut beherrscht.	Die KM lernt die „kleinen Bewegungen“ (Übergangsbewegungen) schätzen.	Übergangsbewegungen sind wichtig
Frau K.	413-419	303	Man hätte ihn (D.) ja eigentlich noch nicht aufsetzen sollen oder dürfen, weil er es ja noch nicht von selber gekonnt hat, aber es war wichtig, dass er einfach doch sitzt, weil das wäre dann zu Lasten seiner sonstigen Entwicklung gegangen.	Die Unterstützung beim Sitzen war zugunsten anderer Entwicklungsbereiche notwendig.	Aufsetzen durch die KM, da dies für andere Entwicklungsbereiche vonnöten ist
Frau Sch.	172-174	304	Ab dem Moment wo (A.) er gehen konnte, war ich sehr erleichtert und es ist mir sehr gut gegangen. Und ich habe mich einfach nur gefreut.	Die ersten freien Schritte des Kindes bewirken Erleichterung bei der KM.	Neue motorische Fähigkeiten lösen positive Gefühle aus (z.B.: Gehbeginn)
Frau Sch.	181-182	305	Also, es hat sich wirklich alles um das Thema (Bewegungsentwicklung) gedreht im 2. Lebensjahr. Das war wirklich das Hauptthema.	Die Bewegungsentwicklung im 2. Lebensjahr war ein zentrales Thema innerhalb der Familie.	Bewegungsentwicklung als zentrales Thema innerhalb der Familie
Frau Sch.	182-183	306	...mit den Omas immer wieder gesprochen und den Omas Tipps gegeben.	Weitere Bezugspersonen werden im Umgang mit dem Kind angeleitet.	Weitere Bezugspersonen werden im Umgang mit dem Kind angeleitet
Frau Sch.	214-215	307	Und auch die ersten 2, 3 Wochen, wo die Spielgruppe aus war, hat er (A.) auch noch davon geredet, weil eben dieser Rhythmus noch da war.	Das Kind sprach zuhause von der Gruppe.	Kind spricht zuhause von der Gruppe
Frau Sch.	294-296	308	Und da habe ich nachher schon bemerkt, dass er (A.) extrem gerne wo runter läuft, einen Hang runter, also dieses bergab, das taugt ihm wahnsinnig wenn er dann schneller wird und das hat er sehr gern. Vielleicht ist das davon.	Kind läuft gerne bergab.	Kind läuft gerne bergab
Frau Sch.	322-324	309	Ja, er hat ein Ziel angepeilt, ist da hin -eben jetzt „pobschender“ Weise oder dann später gehend – und hat gestrahlt übers ganze Gesicht. Also, das war für ihn das Größte, da jetzt an irgendein Einkaufssackerl zu kommen und das einmal auszuräumen, das konnte er vorher nicht.	Das Kind zeigte Freude an der Fortbewegung und wenn es sein Ziel erreicht.	Mittels Fortbewegung ans Ziel gelangen
Frau Sch.	325-327	310	Ich konnte ihn nicht den ganzen Tag tragen, weil er mit 13 Monaten 14 Kilo hatte. Für mich war es wirklich auch eine körperliche Erleichterung, wie er ging.	Die Fortbewegung des Kindes ist für die KM eine körperliche Erleichterung.	Die Fortbewegung des Kindes ist für die KM eine körperliche Erleichterung
Frau Sch.	360-361	311	Dieses Beobachten, so wie es in der Gruppe gemacht wurde, mache ich jetzt auch noch, dass ich wirklich genauer schaue, was er macht, wie er es macht, sich	Die KM übernimmt aus der Gruppe: - das Beobachten und - das „sich Zeit nehmen“.	

			einfach nur mal mehr Zeit nehmen.		
Frau Sch.	362-364	312	Sei es ein Telefon oder einfach die ganze Umwelt, der ganze äußere Einfluss, man lässt sich so schnell ablenken.	Der Alltag lenkt ab.	Der Alltag lenkt ab
Frau Sch.	382-385	313	Ich habe eigentlich gelernt, dass man nicht wirklich Spielzeug braucht im ersten Jahr. Also ich habe viel zu viel gekauft. Also, das war eigentlich alles unnötig. Die Dinge, die es (das Kind) interessieren, sind meistens die Sachen aus dem alltäglichen Leben.	Die Dinge, die das Kind interessieren, sind Gegenstände aus dem alltäglichen Leben.	Gegenstände aus dem alltäglichen Leben
Frau Sch.	396-404	314	Faltmatten (Gegenstand, der in der Gruppe verwendet wurde), die man auch so auf 3 Teile zusammen legen kann, haben wir auch immer im Zimmer als Matratze liegen, wenn er sich da mal hinkuscheln möchte.	Bewegungsmaterialien aus der Gruppe werden auch zuhause bereitgestellt.	
Frau Sch.	413-414	315	Wirklich dem Kind zeigen, dass man sich mitfreut und dass man stolz auf das Kind ist wenn es etwas Neues gelernt hat, egal ob es jetzt Bewegung oder sonst was ist...	Die KM zeigt Gefühle wie Freude und Stolz wenn das Kind neue Fähigkeiten entwickelt.	
Frau Sch.	429-433	316	Also, ich habe daheim so wie immer mit ihm gespielt... da habe ich ihn gelassen und nicht jetzt irgendwie gezwungen, dass er etwas anderes macht.	Die KM kann auch zuhause ihre abwartende Haltung aus der Gruppentherapie beibehalten.	Die KM greift im Spiel die Intention des Kindes auf
Frau Sch.	437-438	317	Wenn ein Kind das Bedürfnis hat, sich fortzubewegen, dann soll man jetzt nicht irgendwie schauen, dass es etwas anderes macht.	Die KM lenkt das Kind nicht ab.	
Frau Sch.	450-457	318	Mein Freund und meine Mama haben sich auch die Videos (aus der Gruppe) ein paar Mal angeschaut, also die waren ganz eingebunden.	Weitere Bezugspersonen informieren sich über die Therapie, indem sie die Videos betrachten.	Einbeziehen weiterer Bezugspersonen durch Betrachten der Videos
Frau Sch.	510-513	319	Nur allgemein, dass man sich einfach von der Umwelt nicht ... also, viel zu viel fertig machen lässt, durch andere Mütter und ... ja, durch Normen und ... das ist das Einzige im Nachhinein, was ich daraus gelernt habe, dass ich beim nächsten Kind sicher nicht so eine Panik machen werde.	Die KM hat erkannt, dass Normen und Umwelt (die Ansichteten Außenstehender) sie oftmals negativ beeinflussen.	„Normvorstellungen“ und Ansichteten Außenstehender beeinflussen die KM negativ
Frau Sch.	522-523	320	Jedes Kind kann halt andere Sachen schneller. Mein Sohn hat sehr schnell reden können und war feinmotorisch sehr gut unterwegs. Man sieht es ja jetzt, wenn er spielt.	Jedes Kind zeigt einen individuellen Entwicklungsverlauf.	Jedes Kind zeigt einen individuellen Entwicklungsverlauf
Frau Sch.	560-561	321	Ich habe schon gemerkt, dass er in ein paar Situationen anders reagiert wie zu Hause.	Das Kind reagiert zu Hause manchmal anders.	Vertrautheit der Umgebung
Frau Sch.	572-573	322	Es ist ein großer Unterschied, ob das jetzt vertraut ist oder ob dann doch ein bisschen Distanz da ist.	In vertrauter Umgebung reagiert das Kind anders als in neuen Situationen.	
Frau S.	130-131	323	Das Problem ist, dass man immer versucht zu vergleichen mit anderen Kindern und dann meistens auch nur das Negative sieht. Das hat sich jetzt Gott sei Dank ge-	Das Vergleichen mit anderen Kindern ist ein Problem, dass sich seit der Gruppe gebessert hat.	

			bessert.		
Frau S.	134-136	324	Wenn man ein Kind hat, das ein bisschen langsamer ist, dann ist es schon sehr hilfreich, wenn man Tipps bekommt.	Eltern entwicklungsverzögerter Kinder brauchen Unterstützung.	Eltern entwicklungsverzögerter Kinder brauchen Unterstützung
Frau S.	136-138	325	Bücher sind schön und gut, aber das Eine ist auf Papier und das Andere ist das Praktische.	Praktische Tipps sind hilfreicher als Ratgeberliteratur.	
Frau S.	142-143	326	Wenn man es in der Praxis macht und Tipps bekommt, ist das natürlich etwas ganz anderes.	Praktische Tipps sind hilfreich.	
Frau S.	166	327	Zu Hause ist sie nie in der Lage gewesen sich alleine zu beschäftigen.	Zuhause verhält sich das Kind unselbständig.	Zuhause verhält sich das Kind unselbständig
Frau S.	170	328	Zu Hause ist sie dauernd am Rockzipfel gehangen.	Zuhause verhält sich das Kind unselbständig.	
Frau S.	350-357	329	Es gab halt Mut ... man ist mit einem besseren Gefühl heim gekommen.	Die Gruppe stärkt das Vertrauen der KM.	
Frau S.	397-403	330	Mein Kind zu Hause zu beobachten: Ich habe es immer wieder versucht. Das lässt sich zuhause nicht realisieren, das geht nicht.	Die KM kann dem Kind zuhause nicht die gleiche Aufmerksamkeit widmen wie in der Gruppe.	Aufmerksamkeit für das Kind ist zuhause schwierig
Frau S.	410-411	331	Die Lieblingsspiele wie die Sprossenwand konnte ich nicht realisieren, da muss jetzt der Spielplatz herhalten.	Motorische Vorlieben des Kindes werden am Spielplatz realisiert.	Motorische Vorlieben des Kindes werden am Spielplatz realisiert
Frau S.	463-464	332	Mit meinem Mann habe ich mich intensiv über die Stunden unterhalten, was wir erlebt haben...	Der Partner informiert sich über die Therapie im Gespräch mit der KM.	Gespräche mit dem Partner
Frau S.	467-468	333	Er (Mann) war eigentlich auch erstaunt, was für Folgen das mit sich bringt.	Der KV sieht positive Veränderungen an seinem Kind.	
Frau S.	508-509	334	Anregungen sind nie verallgemeinert worden. Was ich mir mitnehmen wollte, habe ich mir mitgenommen und was mich nicht betrifft, habe ich nicht mitgenommen.	Die KM nimmt Anregungen für zuhause nur dann mit, wenn diese für sie sinnvoll sind.	
Frau S.	516-518	335	Wenn (am Elternabend) andere mithören und sagen: „Ok, das könnte auf uns auch zutreffen“, hat man das einfach mitgenommen und wenn nicht, dann nicht.	Die KM nimmt Anregungen für zuhause nur dann mit, wenn diese für sie sinnvoll sind.	
Herr X.	24-30	336	Man lernt, wenn es zum Beispiel Probleme gibt, was man da macht, oder wie man ein Kind behandeln soll, wenn sie etwas macht oder nicht macht; und diese Tipps, die dort gegeben wurden, die kann man sehr gut gebrauchen.	Tipps, die der KV bekam, konnte er auch zuhause umsetzen.	
Herr X.	121-124	337	Da ich beruflich bedingt nicht so oft zu Hause bin, hat meine Frau es über, die Entwicklung von Z. zu beobachten, aber wenn ich da bin, dann helfe ich, wo es irgendwie geht,	Der KV sieht primär die KM verantwortlich für Themen rund um die Entwicklung. Der KV unterstützt die KM in der Erziehung des Kindes.	Thema Erziehung in der Partnerschaft
Herr X.	202-206	338	Zum Beispiel, dieser Tipp mit beim Einschlafen, das war ein Tipp von der Fernkorn gasse. Das haben wir zu Hause angewendet mit Erfolg.	Tipps zum Einschlafen kamen aus der Gruppe.	
Herr X.	208-211	339	Es gab konkrete Tipps, wie man in gewissen Situationen reagieren	Konkrete Tipps wurden auch zuhause mit Erfolg	

			soll. Also, wenn das Kind das macht, wie dann der Papa oder die Mama reagieren soll. Also, das haben wir auch mit Erfolg zu Hause angewendet.	umgesetzt.	
Herr X.	213-221	340	Man soll ja nicht gewisse Dinge einmal erlauben und einmal nicht erlauben, sondern konsequent bleiben. Weil das Kind sonst verwirrt wird. Das haben wir mitgenommen.	Die KE meinten gelernt zu haben: Konsequentes Erziehungsverhalten vermittelt dem Kind klare Botschaften.	Konsequentes Erziehungsverhalten vermittelt dem Kind klare Botschaften
Herr X.	221-224	341	Und da hat es noch ein paar Tipps gegeben, aber ich kann mich nicht mehr erinnern. Das baut man halt dann einfach in die Erziehung. Aber das weiß ich, dass das von dort gekommen ist.	Ideen und Tipps aus der Gruppe baut der KV in die Erziehung ein.	
Frau Y.	250-251	342	Es gab viele, unterschiedliche Spielmaterialien, was interessant war. Und ich habe dann viel auch für zu Hause übernommen.	Die Materialien, die es in der Gruppe gab, waren Anregungen für zuhause.	
Frau Y.	263-265	343	Ich habe zum Beispiel Tischtennisbälle nachgekauft für zu Hause, die haben ihr (Z.) viel Spaß gemacht, besonders werfen und die springen so lustig herum.	Kind hat Vorliebe für Spielmaterial.	
Frau Y.	285-288	344	Ich konnte vom Spielkreis insofern profitieren, als ich gesehen habe, welche Spielmaterialien (Z.) wirklich interessieren. Und die habe ich dann für zu Hause nachgekauft.	Das Kind zeigt besonderes Interesse für bestimmte Materialien, die die KM nachkauft.	
Frau Y.	298-300	345	Ich habe auch zu Hause versucht nicht nur im Spielkreis- dass wenn sie mit mir am Finger wohin gehen möchte, dann sage ich: „Z, ich bleibe da jetzt auf dem Sofa sitzen. Wenn Du dorthin willst, dann gehst du dorthin. Mama bleibt und wartet auf Dich da.“	Die KM teilt nicht immer die Intention des Kindes und spricht dies vor dem Kind aus.	Verbale Botschaften an das Kind
Frau Y.	303-308	346	Auf dem Spielplatz, wo sie nicht das kriegt, was sie will (z.B. Schaukel ist besetzt oder Spielsachen anderer Kinder in der Sandkiste), da habe ich dann gelernt, ihre Gefühle zu verbalisieren. Das hat auch geholfen, glaube ich, damit umzugehen.	Die KM hat gelernt, die Gefühle ihres Kindes zu verbalisieren und damit umzugehen.	Gefühle des Kindes verbalisieren
Frau Y.	330-331	347	Zu Hause ist sie (Z.) ganz anders, spielt anders, benimmt sich anders, in gleichen Situationen handelt sie anders.	Das Kind verhält sich zuhause anders als in der Gruppe.	
Frau Y.	334-336	348	Ich habe gelernt die Haltung aus dem Spielkreis umzusetzen, sowohl zu Hause als auch auf dem Spielplatz.	Die KM hat gelernt, die Haltung aus dem Spielkreis im Alltag umzusetzen.	KM versucht Haltung aus der Gruppe in den Alltag mitzunehmen
Frau Y.	358-360	349	Der Umgang mit dem Kind, wie wir dort umgehen, dann zu Hause umzusetzen, das war Sinn und Zweck dieses Spielkreises, nicht nur einmal in der Woche, sondern dass wir das auch im Alltag machen.	Die KM hat gelernt, die Haltung aus dem Spielkreis im Alltag umzusetzen.	
Frau Y.	392-396	350	Wir haben auch ein bisschen die Möbel umgestellt, mehr Möglichkeiten im Raum geschaffen, damit sich das Kind frei bewegen kann.	Die KE verändern den Wohnraum so, dass sich das Kind frei bewegen kann.	Die KE verändern den Wohnraum so, dass sich das Kind frei bewegen kann
Frau Y.	401-	351	Ich habe versucht weniger „Nein“	Die KM verändert den	Die KM verändert den

	405		zu sagen. Das heißt, alles so sicher machen und so wegräumen, dass ich nicht bei jedem Schritt sagen muss: „Nein, das darfst Du nicht nehmen, nein das ist gefährlich“.	Wohnraum so, dass sie nicht ständig „Nein“ sagen muss.	Wohnraum so, dass sie nicht ständig „Nein“ sagen muss
Frau Y.	441-443	352	Entscheidungen, die altersentsprechend sind, soll sie auch lernen, selbst zu treffen. Also, gewisse Kompetenzen zu erwerben. Ich denke, dass das enorm wichtig für ihre Entwicklung ist.	Die KM traut ihrem Kind altersentsprechend Entscheidungen zu und hält dies für notwendig.	

Ad Kap. 7.1_4 Welche Themen haben die Eltern von sich aus gebracht?

Interview	Zeile	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
Frau K.	99-103	353	Für mich war schon einmal sehr wichtig, dass der Kinderarzt sehr lange nicht gemerkt hat, dass etwas nicht in Ordnung ist, dass man aber als Mutter so ein gewisses Gespür hat. Und dieses Gespür, ja, das ist einfach sehr wichtig, auch dann weiterhin für die Therapie.	Das „Gespür“ der KM - leitet die Therapie ein und - ist eine wichtige Kontrollfunktion bei der Beurteilung der Entwicklung des Kindes.	Die Initiative der KM leitet die Therapie ein
Frau K.	275-277	354	D. ist mein erstes Kind Am Anfang habe ich auf jede Bewegung und jede Regung geschaut und natürlich ihn intensivst beobachtet. Na ... (Frau K. lacht) ... was aber manchmal auch nicht ganz so gut ist	Intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Entwicklung beim 1. Kind.	
Frau K.	365-369	355	Ich habe ihn (D.) jetzt nicht tragen dürfen für 4 bis 6 Wochen, weil ich eine Operation hatte. Und das war eigentlich sehr gut, weil dadurch sind wir auf diese Ideen gekommen in der Familie, und haben das jetzt so umgesetzt, dass er selbständig Hände waschen kann, dass ich ihn nicht dauernd herum tragen muss, und er selbst bestimmt, dass er das durchführen kann.	Die (gesundheitliche) Notwendigkeit der KM fordert dem Kind mehr Selbständigkeit ab.	Zugewinn motorischer Fähigkeiten aufgrund vermehrter Gelegenheit
Frau K.	371-374	356	Wir haben uns erst gedacht, er (D.) braucht diesen Körperkontakt und das Herumtragen und so. Aber in Wirklichkeit hat er so einen richtigen Entwicklungsschritt jetzt gemacht, weil er einfach merkt, dass er selber bestimmen kann, ob er jetzt auf das Holzbankerl hinauf krabbeln will oder nicht.	Durch vermehrtes selbständiges Handeln werden für die KM große Entwicklungsschritte sichtbar.	
Frau K.	424-427	357	Meine Mutter hat mir dieses Lauflernwagerl gegeben. Und dann habe ich meinen Sohn hineingesetzt und habe das Gefühl gehabt, das hat ihm gefallen, einfach dass er weiterkommt und dass er sich plötzlich bewegen konnte.	Die KM beobachtet Freude bei Ihrem Kind beim Verwenden von Hilfsmitteln.	Freude beim Verwenden von Hilfsmitteln
Frau K.	432-435	358	Ich finde, dass man sich sehr viel – vor allem auch die Frühförderung- selber holen muss. Also, wenn man jetzt da ein bisschen lasch ist oder keine Lust hat, dass man sich jetzt so damit beschäftigt, ist es nicht so leicht, dass man zu den Informationen kommt.	Es ist schwierig an geeignete Informationen bezüglich Therapie, Frühförderung...zu kommen.	Zugang zur Therapie ist schwierig
Frau K.	442-444	359	Wenn ich nicht so vehement gesagt hätte, irgendetwas passt nicht, hätte es sicher noch mehrere Monate gedauert, bis der Kinderarzt wirklich gesagt hätte: „Ok, jetzt müssen wir zur Physiotherapie oder jetzt müssen wir uns das anschauen“ oder sonst irgendetwas.	Der Kinderarzt sah keine - Entwicklungsverzögerung - Notwendigkeit der Therapie.	Der Kinderarzt sieht <u>keine</u> Therapieindikation
Frau K.	444-449	360	Auch die Frühförderung, die ich in Anspruch nehme, die habe ich im Krankenhaus irgendwo gelesen, es gibt Frühförderung für Kinder. Aber das ist mir im Zuge der Entwicklungsdiagnostik nicht gesagt worden, dass es das gibt und dass das sehr sinnvoll wäre für mein Kind.	Für weitere Förderangebote gab es keine Empfehlung, die KM war auf sich selbst verwiesen.	Keine Aufklärung über weitere Therapieangebote
Frau K.	474-475	361	Ich glaube, es ist sehr schwierig, dass man jemanden findet, mit dem sowohl die Mutter als auch das Kind gut können.	Schwierigkeit: Die Persönlichkeit der Therapeutin soll zu Mutter und Kind passen.	Die Persönlichkeit der Therapeutin soll zu Mutter und Kind passen
Frau K.	495-496	362	Ich finde überhaupt, dass man zu Informationen kommt, das gehört generell verbessert.	Schwierigkeit: geeignete Informationen über Förderangebote zu bekommen	
Frau K.	500-501	363	Ich habe das Gefühl, dass man sehr viel selber recherchieren muss, und wenn man	Das Versorgen der KE mit Informationen fehlt und	

			jemand ist, der vielleicht den Zugang jetzt nicht so hat zu Medien, dann tut man sich schon schwer.	passiert letztlich durch die Eigeninitiative dieser.	
Frau Sch.	27-29	364	Ich habe von mir selbst aus angefragt (bezüglich Therapie), weil mein Sohn mit 13 Monaten noch keine Anstalten gemacht hat, sich selbständig aufzusetzen, zu robben, sich sonst irgendwie zu bewegen – gar nix.	Die KM fragt aus eigener Initiative wegen einem Therapieplatz an.	Ein geeigneter Therapieplatz ist schwer zu finden
Frau Sch.	35-38	365	Der Arzt hat mir eben nahe gelegt, dass ich mich um eine Physiotherapeutin kümmerere. Das war aber recht schwierig in Wien eine zu finden, weil die meisten eben nicht auf Kinder spezialisiert waren oder schon ausgebucht waren.	Es ist schwierig einen geeigneten Therapieplatz zu finden.	
Frau Sch.	39-42	366	Meine Mutter hat dann noch im Ambulatorium in der Fernkorgasse angerufen. „Nein“ hat es geheißen, es gibt keinen Platz mehr und meine Mutter hat dann ziemlich auf den Tisch gehaut und gesagt „Nein und wir brauchen jetzt einen Platz“.	Die KM braucht großes Durchsetzungsvermögen um einen geeigneten Therapieplatz zu erhalten, da diese rar sind.	
Frau Sch.	124-128	367	Und ich habe mich in diesem ½ Jahr, ¼ Jahr ganz intensiv mit dem Thema der motorischer Entwicklungsverzögerung beschäftigt. Und da habe ich eben nachgelesen, dass die Kinder dieses Krabbeln irgendwann einmal nachholen. Das soll wichtig sein für die rechte und linke Gehirnhälfte.	Intensive Auseinandersetzung mit dem Thema der motorischen Entwicklungsverzögerung.	
Frau Sch.	152-154	368	Viele im Bekannten- und Freundeskreis haben nicht verstanden, warum er nicht geht, und warum das für mich so wichtig ist, und mich halt auch fertig macht teilweise.	Die KM hat keine Unterstützung im Freundeskreis.	Die KM hat keine Unterstützung im Freundeskreis
Frau Sch.	167-172	369	Im Alter von 13 Monate bis 18 Monate habe ich mich sehr intensiv damit beschäftigt, eben private Therapie, die Spielgruppe, zu Hause haben wir geübt, mit dem Papa haben wir geübt. Ja, immer wieder Übungen gemacht, oder Schwimmen gegangen, einfach schauen, dass er sich in irgendeiner Form bewegt, gelockt, sogar mit Essen, damit er sich fortbewegt. Und, ja, das war eine sehr anstrengende Zeit, die ist mir ziemlich an die Nieren gegangen.	Die KM erlebt die Zeit der Therapie <ul style="list-style-type: none"> - sehr intensiv - als zeitliche und emotionale Belastung 	Erleben der Therapie
Frau Sch.	183-186	370	Die eine Oma ist mit so einem Rollwagerl dahergekommen, und da habe ich gleich gesagt „Neinnein, weg damit, da werden nur die Füße kaputt, das soll er nicht“. Und da hat auch gleich die Frau B. (Physiotherapeutin) gesagt: „Um Gottes Willen, weg damit“.	Fördervorschläge von der Großmutter lehnt die KM ab.	
Frau Sch.	204-206	371	Daheim ist man immer von irgendetwas abgelenkt, und man muss den Haushalt machen, und man fährt herum, und erledigt die täglichen Sachen, und dann läutet das Telefon und sonst was. Also man wird einfach daheim ganz anders gestört.	Die KM erlebt den Alltag erschwerend um dem Kind ausreichend Aufmerksamkeit zu widmen.	
Frau Sch.	406-407	372	Ansonsten weiß ich, dass ich viel zu viel Spielzeug gekauft habe.	Zuviel Spielzeug ist überflüssig.	
Frau Sch.	453-456	373	Meine Mama, die war da ganz engagiert. Also, nur durch sie haben wir einen Platz (In der Gruppe) bekommen, und mit ihr habe ich dann auch wirklich immer telefoniert und gleich alles erzählt was war. Die hat das natürlich komplett unterstützt.	Die KM erfährt Unterstützung durch weitere Familienangehörige.	Emotionale Unterstützung

Frau Sch.	510-513	374	Nur allgemein, dass man sich einfach von der Umwelt nicht ... also, viel zu viel fertig machen lasst, durch andere Mütter und ... ja, durch Normen und ... das ist das Einzige was ich daraus gelernt habe, dass ich beim nächsten Kind sicher nicht so eine Panik machen werde	Die Umwelt (andere Mütter...) und Normen sind eine zusätzliche Belastung.	
Frau Sch.	529-531	375	Es war auch ein Stress, weil ich wirklich durch die Spielgruppe und durch die private Physiotherapie nur herumgehetzt bin, und es war die ganze Woche verplant und es hat sich alles nur um dieses Thema gedreht.	Zeitliche und emotionale Belastung durch die Therapie.	
Frau Sch.	539-542	376	Es war wahnsinnig schwer, überhaupt einen Platz zu bekommen, sei es jetzt in der Fernkorn gasse oder bei einer privaten Therapeutin, die auf Kinder spezialisiert ist. Also, ich finde, das ist eine ganz große Lücke im Gesundheitswesen, dass da einfach zu wenig Angebot ist und noch zu wenig Information.	Schwierigkeiten wie: - das Finden eines geeigneten Therapieplatzes - das Fehlen von Informationen sind eine zusätzliche Belastung für die KM.	
Frau Sch.	544-545	377	Für Spielgruppen, wo es mehr um Motorik geht oder um Beobachten oder um Förderung von gewissen Dingen: Da muss es wirklich auch mehr Werbung und mehr Angebot geben.	Die KM wünscht sich mehr Angebote zum Thema Bewegungsentwicklung.	
Frau Sch.	559-564	378	Da war auch ein bisschen Distanz da. Einfach, weil es fremd war. Also vielleicht ändert sich das auch, wenn man so eine Gruppe länger macht oder öfter macht oder ... ich weiß es nicht.	Die Gruppe bietet erst nach längerer Dauer die notwendige Vertrautheit für KM und Kind.	
Frau S.	45-49	379	Wenn ich zu anderen (Kinder-) Gruppen gegangen bin, wo unter Anführungsstrichen „normal entwickelte Kinder“ waren, habe ich sie (V.) immer verglichen mit den anderen Kindern. Und das war irgendwie: „Warum kann das die V. noch nicht? Und warum kann sie das nicht und das nicht und ...“ Und keiner war eigentlich langsamer als sie.	Der Vergleich mit gleichaltrigen Kindern stellt eine Belastung/Enttäuschung für die KM dar.	
Frau S.	49-51	380	Und darum war das eigentlich, die (therapeutische) Gruppe selbst, das war einmal etwas anderes.	Die therapeutische Gruppe wird von der KM positiv erlebt.	
Frau S.	130-132	381	Problem ist meistens auch, dass man nur das Negative sieht. Das hat sich jetzt Gott sei Dank gebessert. Seitdem wir dort waren, oder es ist einfach die Reife des Mutterdaseins?	Positivere Sicht des Kindes seit Besuch der Gruppe.	
Frau S.	187-191	382	Wenn ich jetzt ans Internet denke, wenn man da hinein schreibt, kommen auf einmal die ganzen Mamas und sagen: „Ja, mein Kind konnte schon mit 8 Monaten laufen“ u.s.w., also, keiner irgendwie so: „Mach Dir nichts daraus, wird schon und es ist ok und es gibt genügend Kinder, die erst später anfangen.“	Das Medium Internet verunsichert die KM und verstärkt dadurch die Sorge um das Kind.	Das Medium Internet verstärkt die Sorge um das Kind
Frau S.	191-193	383	(Im Internet) da kommen dann die Wunderkinder hervor, die schon laufen können in dem Alter, wo das Laufen noch nicht einmal möglich ist.	Das Medium Internet verstärkt die Sorge um das Kind.	
Frau S.	451-454	384	Das Schlafengehen war, zum Beispiel, eine ziemlich schwierige Situation. Die (Therapeutinnen) haben einige Tipps gegeben, und nachher habe ich ihre Ratschläge befolgt, und es wurde von Mal zu Mal besser, und es hat dann auch funktioniert mit dem Schlafen legen.	Tipps aus der Gruppe zum Thema Schlafengehen waren hilfreich.	
Frau S.	454-455	385	Also, das (Schlafengehen) war wirklich ein schwerer Kampf, aber mit den Tipps von	Tipps aus der Gruppe zum Thema Schlafengehen	

			dort habe ich es dann wirklich geschafft.	hen waren hilfreich.	
Frau S.	484-488	386	Schade finde ich, dass die Gruppe zu Ende ist. Also, es wäre sicher interessant gewesen, zu sehen, was so aus den Kindern geworden ist.	Die KM äußert Bedauern über das Ende der Gruppe.	
Herr X.	27-30	387	Man lernt Sachen, die man so als Elternteil eines normalen geborenen Kindes nicht erfährt. Diese Tipps, die dort gegeben wurden, die können auch Eltern eines „normal geborenen-“ also mit einem 9-Monat-Kind sehr gut gebrauchen.	Erfahrungen aus der Gruppe sind für den KV für alle Kinder sinnvoll, nicht nur für entwicklungsverzögerte Kinder.	
Herr X.	109-112	388	Ich bin traurig, dass dieser Versuch eingestellt worden ist. Ein halbjährliches Treffen oder ein monatliches Treffen wäre gut, wenn sich das machen lässt.	Der KV äußert Bedauern über das Ende der Gruppe.	
Herr X.	121-123	389	Dadurch, dass ich beruflich bedingt nicht so zu Hause bin, hat meine Frau diese Rolle über, dass sie die Entwicklung von Z. beobachtet, aber wenn ich da bin, dann helfe ich, wo es geht.	Das Thema Entwicklung des Kindes wird in der Partnerschaft geteilt: Die KM ist hauptverantwortlich, der KV unterstützt die KM.	
Herr X.	181-183	390	Immer, wenn sie etwas dazu lernt die Kleine, da ist man sehr stolz.	Der KV empfindet Stolz bei neuen Entwicklungsschritten seines Kindes.	
Herr X.	339-342	391	Die einzig Negative ist halt, dass es halt aufgelassen worden ist, dass es eigentlich abrupt aus war. Das Argument war, glaube ich, dass die Kinder praktisch gesund sind und gut entwickelt und das ist, glaube ich, auch eine Kostenfrage.	Der KV äußert Bedauern über das Ende der Gruppe.	
Herr X.	365-366	392	Mein Vorschlag wäre, dass man solche Angebote intensiviert, also nicht nur Gruppenbetreuung, sondern auch individuelle Betreuung.	Der KV wünscht sich mehr Gruppen- und individuelle Förderangebote.	Forderung nach mehr Angebot
Herr X.	378-379	393	Der Zeitpunkt der Eltern-Kind-Gruppe war vielleicht um eine Spur zu früh, glaube ich. Da haben wir sie (Z.) aufwecken müssen.	Der Zeitpunkt der Eltern-Kind-Gruppe war für das Kind ungünstig.	
Frau Y.	96-100	394	Wir haben uns mit diesen drei restlichen Müttern angefreundet. Wenn wir ein bisschen vorher gekommen sind, haben wir uns unterhalten und auch einmal Kaffee getrunken.	Durch die Gruppe sind Freundschaften entstanden.	
Frau Y.	104-105	395	Wir (Eltern) haben über die Gemeinsamkeiten oder Unterschiede unserer Kinder gesprochen und das war schon angenehm.	Austausch der Eltern auch außerhalb der Gruppe.	
Frau Y.	111-112	396	Die Z. bewegt sich sehr gern und viel, und ich denke, das sagt auch der Papa, das hat sie von mir. Ich bin auch ein sehr energischer Mensch.	Die KM erkennt in ihrem Kind ihr eigenes Temperament wieder.	
Frau Y.	175-177	397	Dadurch, dass sie (Z.) ein Frühchen ist, habe ich mir schon viele Sorgen gemacht, und habe mich gefragt: Ist das normal? Ist das nicht normal? Wann wird sie den nächsten Schritt machen?	Die Sorge der KM um die Entwicklung ihres frühgeborenen Kind.	
Frau Y.	200-201	398	Mich hat schon beruhigt, dass die anderen Eltern auch die gleichen Probleme hatten.	Der Austausch mit Gleichgesinnten wird von der KM beruhigend erlebt.	
Frau Y.	282-284	399	Es gibt Spielzeug, mit dem sie (Z.) wirklich sehr gern und auch jahrelang spielt, und es gab Spielzeuge, die hat sie einmal angeschaut und dann nie mehr damit gespielt.	Das Kind zeigt Vorliebe für bestimmte Materialien.	
Frau Y.	413-416	400	Ich glaube, mein Mann hat das sehr gern gemacht. Zuerst einmal war er einfach neugierig, weil ich ihm immer erzählt habe, dass das Kind dort ganz anders ist. Er war dann neugierig und wollte das sehen.	Die KM und ihr Partner teilen sich die Aufgabe in der Eltern-Kind-Gruppe, da - der KV ebenfalls inte-	

			Später habe ich am Montag Unterricht gehabt habe, dann musste auch er gehen.	ressiert ist - die KM beruflich verhindert ist.	
Frau Y.	449-451	401	Das war alles zu kurz, also, ich hätte vielleicht noch ein halbes Jahr gebraucht.	Die KM äußert Bedauern über das Ende der Gruppe	
Frau Y.	456-460	402	Am Anfang war der Spielkreis sehr früh, da musste ich sie (Z.) immer aufwecken. Das ist natürlich schwer.	Der Zeitpunkt der Eltern-Kind-Gruppe war für das Kind ungünstig.	

10.3 Reduktion

K1 Das therapeutische Setting

39 Therapiezeiten
1 Wöchentliche Therapie
3 Therapiefrequenz nach Bedarf
4 Therapiepausen
46 Anzahl der Kinder
104 Teilnehmerzahl
140 Anzahl der Kinder, jeweils 1 (selten 2) Elternteile
90 Anzahl der Therapeutinnen
112 persönliche Begrüßung
39 Beobachten der Kinder
113 vorbereitete Umgebung
32 Platzwahl im Raum
119 Platz der Eltern
30 Therapieraumgestaltung
59 Bewegungsangebote entsprechen dem Können der Kinder
64 Einsatz von Material
166 Spielmaterial
167 Bewegungsmaterial
Kommunikation zw. den Kindern
31 Kommunikation während der Therapie
40 Gemeinsame Jause
42 Elternabende 14-tägig
45 Videoaufnahme während der Therapie
78 Videoaufnahmen in Absprache mit den Eltern
116 Gemeinsames Aufräumen
196 Zu frühe Therapiestunden sind für das Kind ungeeignet

K2 Die Aufgaben der Eltern während der Therapiestunde

7 Die Aktivität des Kindes beobachten
8 Das Interesse des Kindes beobachten
37 Beobachten, wie Kind auf das Angebot reagiert
41 Der Fokus liegt am Kind
63 Das Spielen des Kindes beobachten
67 Der Fokus der Eltern ist beim eigenen Kind
72 Keine Ablenkungen
83 Man lässt das Kind nur „tun“
115,177 KM ermutigt ihr Kind
161,171 Dem Kind Gelegenheit zur Eigenaktivität geben, abwarten können
184 Das Kind nicht drängen
185 Die Gefühle des Kindes verbalisieren
152 Beobachten, wie Kinder Interagieren
86 Keine Gespräche zwischen den Eltern
295 Die KM unterstützt das Kind aktiv

K3 Gefühle der Eltern

-während der Therapie

9 Die KM steht unter Druck – Erwartungshaltung
14 Verunsicherung und Sorge über den Entwicklungsstand
38 Eltern spüren, wie viel Nähe/Distanz ihr Kind braucht
55, 56 Anfängliche Skepsis, ob die Therapie sinnvoll ist
108 Gefühl von Anspannung und Erleichterung
149 Freude über neue Fähigkeiten
88 Das Beobachten löst positive Gefühle aus
91 KM fühlt sich und ihr Kind gut aufgenommen
97 Ungeduldiges Warten bis sich neue Fähigkeiten einstellen
101 Die Freude wird in der Gruppe verstärkt
102 Stolz auf das eigene Kind
105 Das Können des Kindes erzeugt positive Gefühle
109 Freude der KM überträgt sich auf das Kind
110 Stolz der KM überträgt sich auf das Kind
111,128 Positive Erinnerung
120 Der Leidensdruck ist nach der Therapie geringer

151,275 Grenzen setzen: Zum Kind „Nein“ –sagen fällt schwer
155 KV hat Spaß etwas Neues zu lernen

- hinsichtlich allgemeiner neuer Erfahrungen

15,17 Abwarten ist schwierig
18, 304 Neue motorische Fähigkeiten lösen positive Gefühle aus
53,54 Gefühl der Erleichterung
-seit der Gruppe
-seit dem Gehbeginn
65 Seit der Gruppe ruhiger
93 Das Bild vom Kind ist seit der Gruppe besser
94 Die Gruppe als positive Erfahrung
106 Viele Entwicklungsschritte miterlebt
129 Dankbarkeit
147 Bedauern über Ende der Gruppe
172 intensive Erfahrung
146, 268 Das Kind hat viel gelernt
293 Warten wird zugunsten anderer Entwicklungsbereiche aufgegeben. (Bsp.: Sitzen im Hochstuhl)

K4 Das Gespräch mit den Eltern, Elternabende, Austausch der Eltern untereinander

5,22 Fragen zur Therapie
92 Antworten zu den Fragen der Eltern
95, 124 Praktische Tipps
157 Tipps zur Entwicklung
130,132 Individuelle Beratung, Keine Verallgemeinerung in Erziehungsfragen
155 Ratschläge aus der Gruppe werden in die Erziehung des Kindes übernommen
183 Die Eltern finden selbst Lösungsmöglichkeiten
51 Verständnis von anderen Eltern, der Psychologin, der Physiotherapeutin
52 Positive Erinnerung
178 Platz für Sorgen, Beruhigung
98 Zeit für Emotionen
181 Situationen aus der Gruppe und die damit verbundenen Gefühle besprechen
49 Austausch mit anderen Eltern
50 Gefühl der Solidarität
169 Freundschaft, Gleichgesinnte
170 Die KE fühlen sich durch gemeinsame Themen verbunden

K5 Die Rolle der Therapeutinnen

6 Vorsichtige Kontaktaufnahme mit dem Kind
201 Die Therapeutin achtet, dass sich Kind wohl fühlt
89 Beobachten des Kindes
12 Die Therapeutin als Ansprechperson zum Thema Entwicklung
20,21 Die Therapeutin unterstützt die Mutter und das Kind
206 Aktive Unterstützung der Bewegung
24 Die Therapeutin ist hilfreich
100 Neue Entwicklungsschritte werden deutlicher
143 Intervention bei Konflikten
179 Hilfestellung im Umgang mit dem Kind
361 Persönlichkeit der Therapeutin soll zu Mutter und Kind passen

K6 Motorische Möglichkeiten des Kindes

Ist nicht gleich Fähigkeiten (erprobtes Können, das immer wieder gelingt) sondern der Weg dorthin, beobachtbares Wiederholen, Gelingen und Misslingen

- 220, 221 Motorische Entwicklungsverzögerung
- 203 Die Rumpfhypotonie³⁰ schränkt ein
- 200 Am Anfang wenig Eigenaktivität
- 35,36 Zu Beginn (Ende 1.Lebensjahres)
 - kann kein Kind gehen
 - wenige krabbeln
- 219, 222 „Später Gehbeginn“
- 258 Plötzlicher Gehbeginn
- 282 Gehbeginn mit 17 Monaten
- 296 Das Kind behält die Arme beim Gehen neben dem Körper
- 308 Kind läuft gerne bergab
- 233 Entwickeln von Ausdauer
- 303 Aufsetzen durch die KM, da dies für andere Entwicklungsbereiche vonnöten ist
- 355, 356 Zugewinn motorischer Fähigkeiten aufgrund vermehrter Gelegenheit
- 291 Das selbständige Sitzen entlastet die KM
- 232 Einschätzen anderer Entwicklungsbereiche

K7 Zuschreibung von Beobachtetem zur Persönlichkeit und dem emotionalen Erlebendes Kindes

- 60 Freude über die Gegenwart der Kindesmutter
- 61,62 Kind spürt Anspannung und Erleichterung der KM
- 202 Die Erwartungshaltung der KM ist für das Kind spürbar
- 284,285 Kind geht es gut, wenn es keine Erwartungen erfüllen muss
- 264 Das Kind entwickelt Selbstbewusstsein durch die Anerkennung der KM
- 198 Intensives Erleben

- 254 Selbständiges Tun
- 209, 210 Bewegungsfreude
- 213 Freude an der Bewegung trotz Entwicklungsverzögerung
- 236 „Stolz“ bei neuen Fähigkeiten
- 242 Erleichterung durch Fortbewegung
- 357 Freude beim Verwenden von Hilfsmitteln
- 241 Zeigt Freude an der Selbständigkeit
- 279 Temperament
- 207 Unzufriedenheit bei Misslingen einer Bewegung
- 208, 228 Motivation

- 251,321 Vertrautheit der Umgebung, Scheu nimmt ab
- 261 Die Bewegungen des Kindes werden mutiger
- 262 Die Bewegungen des Kindes werden sicherer
- 235 Das Kind steht gerne im Mittelpunkt
- 228, 249 Gefallen an der Gruppe
- 271 Das Kind ist vorsichtig

K8 Das Interesse des Kindes

- 96 Das Kind
 - beobacht
 - ahmt nach
- 243 Gegenstände, die sich bewegen
- Spielsachen, die andere Kinder in der Hand haben
- 245 Beobachten der anderen Kinder
- 252 Bewegungselemente, die es zuhause nicht gibt
- 274 Das Kind zeigt Interesse an neuen Spielmaterialien
- 283 Orales Explorieren
- 309 Mittels Fortbewegung ans Ziel gelangen
- 313 Gegenstände aus dem alltäglichen Leben

³⁰ Rumpfhypotonie, Synonym für schwache Rumpfmuskulatur

K9 Das Kind im Kontakt

-mit anderen Kindern

- 167 Kommunikation dem Alter entsprechend
- 223 Bewegung um mit anderen Kindern Kontakt herzustellen
- 273 Freude im Kontakt mit anderen Kindern
- 229 Erste Freundschaft
- 230 Zugehörigkeit zur Gruppe
- 307 Kind spricht zuhause von der Gruppe

-mit der Bezugsperson

- 57 Das Kind muss die KM „spüren“ können
- 69 Das Kind genießt die Aufmerksamkeit der KM
- 237 Freude über die Anerkennung der Mutter
- 214 Das Kind bestimmt Nähe/Distanz zum Elternteil
- 248 Vertrautheit in der Gruppe als Voraussetzung Distanz zur KM herzustellen
- 255 Das Kind hat immer wieder Blickkontakt zur KM
- 272 Immer wieder Blick- und Körperkontakt zur Bezugsperson
- 263 Mutter und Kind teilen die Freude über neue Fähigkeiten
- 270 Bleibt an der Hand des KV, braucht den KV
- 114 allmähliches Ablösen

K10 Väter und andere enge Bezugspersonen

- 74 Der KV kann an der Gruppe nicht teilnehmen
- 33 Väter begleiten ihr Kind seltener als Mütter
- 73 Der KV begleitet seine Partnerin in die Beratungsstunde
- 373 Emotionale Unterstützung
- 332 Gespräche mit dem Partner
- 25 Bezugspersonen werden in die Therapie eingebunden
- 126 Intensiver Austausch mit dem Partner über das Gruppenangebot
- 305 Bewegungsentwicklung als zentrales Thema innerhalb der Familie
- 306 Weitere Bezugspersonen werden im Umgang mit dem Kind angeleitet
- 125 KV übernimmt die Kinderbetreuung während des Elternabends
- 297 Der Großvater baut Hilfsmittel, die die Selbständigkeit des Kindes unterstützen
- 298 Gemeinsame Ideen innerhalb der Familie zu Unterstützung der Selbständigkeit
- 318 Einbeziehen weiterer Bezugspersonen durch Betrachten der Videos
- 337 Thema Erziehung in der Partnerschaft
- 154 KV vermisst weitere Väter

K11 Erwerb elterlicher Kompetenzen

- 11 Geduld zu haben
- 13 Abwarten bzw. Geduld haben ist ein Lernprozess
- 16 Das Begleiten der motorischen Entwicklung ist eine Gratwanderung zwischen Eingreifen und Abwarten
- 17 Das „Nicht-Eingreifen“ ist schwierig
- 26 Vertrauen in die Fähigkeiten des eigenen Kindes zu entwickeln
- 71 ...dem Kind Freude und Anerkennung zeigen
- 187 Die Initiative bleibt beim Kind
- 288 Selbständiges Handeln ist für das Kind wichtig
- 316 Die KM greift im Spiel die Intention des Kindes auf
- 345 Verbale Botschaften an das Kind
- 346 Gefühle des Kindes verbalisieren

- 57 Beobachten ist wichtig
- 121 Das Beobachten in der Gruppe ist leichter als zuhause
- 188 KM nimmt Kind in der Gruppe anders wahr als zuhause
- 232 Einschätzen anderer Entwicklungsbereiche
- 87 Bewusstes Wahrnehmen von Fähigkeiten
- 333 Der KV sieht positive Veränderungen

- 70 Altersentsprechendes Spielzeug
- 205 Spielmaterial verbessert Interesse und Ausdauer
- 186 Anregungen für zuhause (z.B.: Spielmaterialien nachgekauft)
- 331 Motorische Vorlieben des Kindes werden am Spielplatz realisiert
- 350 Die KE verändern den Wohnraum so, dass sich das Kind frei bewegen kann
- 351 Die KM verändert den Wohnraum so, dass sie nicht ständig „Nein“ sagen muss
- 310 Die Fortbewegung des Kindes ist für die KM eine körperliche Erleichterung
- 27 Übergangsbewegungen sind wichtig
- 320 Jedes Kind zeigt einen individuellen Entwicklungsverlauf
- 299 Das Kind bestimmt, wie es sich fortbewegt

103 Kleine Schritte sind schwer wahrzunehmen
107 Große Schritte sind etwas Prägendes

324 Eltern entwicklungsverzögerter Kinder brauchen Unterstützung
137, 138 Anregungen aus der Gruppe sind für alle Eltern sinnvoll
348 KM versucht Haltung aus der Gruppe in den Alltag mitzunehmen
340 Konsequentes Erziehungsverhalten vermittelt dem Kind klare Botschaften
81 Die „Gruppe“ als neuartige Erfahrung
80 Kinder lernen durch Beobachten
312 Der Alltag lenkt ab

K12 Zusätzliche emotionale Belastungen für die Eltern

175 Kind ist „frühgeboren“
176 Entmutigung, wenn das eigene Kind im Vergleich mit anderen unterliegt
319 „Normvorstellungen“ und Ansichten Außenstehender beeinflussen die KM negativ
327 Zuhause verhält sich das Kind unselbständig
330 ausreichend Aufmerksamkeit für das Kind ist zuhause schwierig
358 Zugang zur Therapie ist schwierig
368 Die KM hat keine Unterstützung im Freundeskreis
369 Erleben der Therapie
382 Das Medium Internet verstärkt die Sorge um das Kind

K13 Zugang zur Therapie

48 Motiv: Entwicklungsverzögerung
134 Förderung früh geborener Kinder
139, 189, 190 - Eigeninteresse
- Motivation durch die Partnerin
- Teilen der Aufgabe mit der Partnerin
353 Die Initiative der KM leitet die Therapie ein
359 Der Kinderarzt sieht keine Therapieindikation
360 Keine Aufklärung über weitere Therapieangebote
365 Ein geeigneter Therapieplatz ist schwer zu finden
392 Forderung nach mehr Angebot

Literaturverzeichnis

- Aly, Monika (2002): Mein Kind im ersten Lebensjahr. Frühgeboren, entwicklungsverzögert, behindert? Oder einfach anders? Antworten für Eltern .- Berlin: Springer, 2.Auflage
- Aly, Monika (2005): Therapie – Versuch einer persönlichen Bilanz. Online im Internet: URL: http://bidok.uibk.ac.at/library/aly-therapie_bilanz.html [Stand 17.3.05]
- Aly, Monika (2006): Verzögerte Entwicklung – Überlegungen zur therapeutischen Begleitung und Behandlung von Kindern mit leichten Entwicklungsstörungen. Online im Internet: URL: http://bidok.uibk.ac.at/library/aly-netzwerk_entwicklung.html [Stand 12.7.06]
- Aly, Monika (2008a): Pikler-Diagnostik in der therapeutischen Praxis. In: Falk, Judit; Aly, Monika: Beobachten, Verstehen und Begleiten. Entwicklungsdiagnostik nach Pikler.- Schriftenreihe der Pikler-Gesellschaft Berlin, Schwäbische Straße 7, 10781 Berlin; www. Pikler.de, Eigenverlag
- Aly, Monika (2008b): Das Pikler-Konzept. In: Frühförderung interdisziplinär. Zeitschrift für Praxis und Theorie der frühen Hilfe für behinderte und entwicklungsauffällige Kinder.- München, Basel: Reinhardt Verlag, 2008 (Heft1), 33-36
- Bundschuh, Konrad (2005): Einführung in die sonderpädagogische Diagnostik. - München: UTB, 6.Auflage
- Bundschuh, Konrad; Heimlich, Ulrich; Krawitz, Rudi (Hrsg.) (2007): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagewerk für Studium und pädagogischer Praxis. - Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag, 3.Auflage
- Bürgel, Claudia (2004): Entwurf eines pädagogischen Konzeptes für die Kleinkindkrippe orientiert am Modell von Emmi Pikler.- Unveröffentlichte Diplomarbeit, Wien
- Czimmek, Anna(1999): Leben und Werk der ungarischen Kinderärztin Emmi Pikler (1902-1984). Pionierin auf dem Gebiet der Säuglings- und Kleinkindentwicklung. – Diplomarbeit an der Universität München
- Datler, Wilfried; Finger-Trescher Urte; Büttner Christian (2006): Psychoanalyse, Pädagogik, und die ersten Lebensjahre. Zur Einführung in den Themenschwerpunkt. - In: Datler, Wilfried; Finger-Trescher Urte; Büttner Christian (Hrsg.): Jahrbuch für psychoanalytischer Pädagogik 10. Die frühe Kindheit. Giessen: Psychosozialverlag, 2. Auflage
- Datler Wilfried (2004): Die Abhängigkeit des behinderten Säuglings von stimulierender Feinfühligkeit. Einige Anmerkungen über Frühförderung, Beziehungserleben und

- "sekundäre Behinderung". In: Ahrbeck, B., Rauh, B. (Hrsg.): Behinderung zwischen Autonomie und Angewiesensein.- Stuttgart: Kohlhammer, S.45-69
- David, Myriam; Appell, Geniviève (1995): Lóczy. Mütterliche Betreuung ohne Mutter.- München: Cramer-Klett und Zeitler
- Diem-Wille, Gertraud (2003): Das Kleinkind und seine Eltern. Perspektiven psychoanalytischen Babybeobachtungen. -Stuttgart: Kohlhammer
- Elkind, David (1989): Wenn Eltern zuviel fordern. Die Rettung der Kindheit vor leistungsorientierter Früherziehung.- Hamburg: Hoffmann und Campe
- Falk, Judit (2005): Von den Anfängen. In: Pikler, Emmi u.a. (Hrsg): Miteinander vertraut werden – Erfahrungen und Gedanken zur Pflege von Säuglingen und Kleinkindern. – Freiamt: Arbor Verlag, 4. Auflage
- Falk, Judit; Aly, Monika (2008): Beobachten, Verstehen und Begleiten. Entwicklungsdiagnostik nach Pikler.- Schriftenreihe der Pikler-Gesellschaft Berlin, Schwäbische Straße 7, 10781 Berlin; [www. Pikler.de](http://www.Pikler.de), Eigenverlag
- Falk, Judit (2008): Die Entwicklung verzögerter und behinderter Kinder. In: Falk, Judit; Aly, Monika: Beobachten, Verstehen und Begleiten. Entwicklungsdiagnostik nach Pikler.- Schriftenreihe der Pikler-Gesellschaft Berlin, Schwäbische Straße 7, 10781 Berlin; [www. Pikler.de](http://www.Pikler.de), Eigenverlag
- Flehming, Inge (1990): Normale Entwicklung des Säuglings und seine Abweichungen. Früherkennung und Frühbehandlung.- New York: Thieme Verlag Stuttgart, 4. Auflage
- Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (1998): Das qualitative Interview zur Analyse sozialer Systeme. -Wien: WUV-Univ.-Verl., 2. Auflage
- Flick, U.; Kardoff, E.; Steinke I. (2003): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U.; Kardoff, E.; Steinke I (Hrsg.): qualitative Forschung. Ein Handbuch. –Hamburg: Rowohlt Verlag, 2. Auflage, 13-29
- Froschauer, U; Lueger, M. (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. –Wien: WUV- Universitätsverlag
- Gerber, Magda (2005): Zuschauen lernen ... und abwarten! In: Pikler, Emmi u.a. (Hrsg): Miteinander vertraut werden – Erfahrungen und Gedanken zur Pflege von Säuglingen und Kleinkindern. – Freiamt: Arbor Verlag, 4. Auflage
- Gesell, Arnold; Amatruda, Catherine S. (1974): Developmental Diagnosis. The evaluation and management of normal and abnormal neuropsychologic development in infancy and early childhood - New York: Harper & Row, 3.Auflage

- Göll, Doris (2008): Anwendbarkeit des pädagogischen Konzepts Emmi Piklers in der Physiotherapie mit Kindern. – Diplomarbeit an der Universität Wien
- Hellbrügge, Theodor u.a. (Hrsg.) (1978): Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik. Erstes Lebensjahr. In: Fortschritte der Sozialpädiatrie 4.- München-Wien-Baltimore: Urban& Schwarzenberg
- Klein, Gerhard (1995): Pädagogische Frühförderung ist mehr als Therapie. In: Kautter, Klein, Laupheimer, Wiegand: Das Kind als Akteur seiner Entwicklung. Idee und Praxis der Selbstgestaltung in der Frühförderung entwicklungsverzögerter und entwicklungsgefährdeter Kinder. - Heidelberg: Edition Schindele, 3.Auflage
- Kobi, Emil E. (1999): Diagnostik in der heilpädagogischen Arbeit.- Luzern: Ed.SZH/SPC
- Kühl, Jürgen (Hrsg.) (2000): Die Autonomie des jungen Kindes in der Frühförderung. Dokumentation des 10. Symposiums Frühförderung der Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung März 1999, Dresden.- Würzburg: edition bentheim
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. – Weinheim. Beltz, Psychologie Verlags Union, 4. Auflage
- Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. -Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, 5. Auflage
- Mayring, P. (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. – Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, 9. Auflage
- Mietzel, Gerd (2003): Pädagogische Psychologie des Lernens und Lehrens. – Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hofgreffe, 7. Auflage
- Montada, Leo (2008): Grundlagen der Entwicklungspsychologie. In: Oerter, Rolf; Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. - Weinheim, Basel: Beltz, 6. vollständig überarbeitete Auflage, 3-18
- Montessori, Maria: Maria Montessori (1985): Texte und Gegenwartsdiskussion / Hrsg. von Winfried Böhm . - Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 3. Auflage
- Petermann Franz, Niebank Kay, Scheithammer Herbert (2004): Entwicklungswissenschaft, Entwicklungspsychologie- Genetik- Neuropsychologie. – Berlin u.a.: Springer
- Piaget, Jean (1992): Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde. Eine Einführung nach Hans Aebli.- Stuttgart: dtv
- Pichler-Bogner, Daniela M. I. (2006): Der Pikler-SpielRaum. Begleitete Eltern-Kind-Gruppe nach dem pädagogischen Konzept von Emmi Pikler. In: Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft (Hrsg.): Pikler-SpielRaum für Bewegung und selbstän-

- diges Entdecken. Ein Eltern-Kind-Gruppen-Konzept im Sinne der Kleinkindpädagogik von Emmi Pikler und der Bewegungspädagogik von Elfriede Hengstenberg. – Schriftenreihe der Pikler-Hengstenberggesellschaft: Eigenverlag, Heft 1, 9-15
- Pikler, Emmi (1988): Laßt mir Zeit. Die selbständige Bewegungsentwicklung des Kindes bis zum freien Gehen.- München: Pflaum
- Pikler, Emmi (1996): Friedliche Babys - zufriedene Mütter. Pädagogische Ratschläge einer Kinderärztin.- Wien: Herder, 6.Auflage
- Pikler, Emmi u.a. (Hrsg.) überarb. und zsgest. von Anna Tardos (2005): Miteinander vertraut werden – Erfahrungen und Gedanken zur Pflege von Säuglingen und Kleinkindern. - Freiamt , Arbor Verlag, 4.Auflage
- Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft (2006): Pikler-SpielRaum für Bewegung und selbständiges Entdecken. Ein Eltern-Kind-Gruppen-Konzept im Sinne der Kleinkindpädagogik von Emmi Pikler und der Bewegungspädagogik von Elfriede Hengstenberg. – Schriftenreihe der Pikler-Hengstenberggesellschaft: Eigenverlag, Heft 1
- Praschak, Wolfgang (1999): Sensumotorische Kooperation und tonischer Dialog in der Entwicklungsförderung schwer geschädigter Säuglinge und Kleinkinder. In: Kühl, Jürgen (Hrsg.): Die Autonomie des jungen Kindes in der Frühförderung.- Würzburg: edition bentheim
- Rauh, Hellgard (2008): Vorgeburtliche Entwicklung und Kindheit. In: Oerter, Rolf; Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. - Weinheim, Basel: Beltz, 6. vollständig überarbeitete Auflage, 149-224
- Schneider, Kornelia (1987): Selbstbestimmung im Wickelalter.- In: Theorie und Praxis der Sozialpädagogik 2, S.72-74
- Spitz, René (1996): Vom Säugling zum Kleinkind: Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr – Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 11.Auflage
- Stern, Daniel (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. - Stuttgart: Klett-Cotta
- Strub, Ute: Entstehungsgeschichte und Verwirklichung des SpielRaums. In: : Pikler-Hengstenberg-Gesellschaft (Hrsg.): Pikler-SpielRaum für Bewegung und selbständiges Entdecken. Ein Eltern-Kind-Gruppen-Konzept im Sinne der Kleinkindpädagogik von Emmi Pikler und der Bewegungspädagogik von Elfriede Hengstenberg. – Schriftenreihe der Pikler-Hengstenberggesellschaft: Eigenverlag, Heft 1, 3-8
- Tardos, Anna (2008): Lasst mir Zeit.... Online im Internet: URL: http://www.tologo.de/downloads/natuerlich-lernen/natuerlich_lernen_0502.pdf [Stand 2008-04-01]

- Weiß, H. (1989): Familie und Frühförderung. Analysen und Perspektiven der Zusammenarbeit mit Eltern entwicklungsgefährdeter Kinder.- München, Basel: E.Reinhardt (Behindertenhilfe durch Erziehung, Unterricht und Therapie; Band 14)
- Zimmer, Renate (1985): Frühkindliche Bewegungserfahrungen. Überlegungen zur Förderung der Selbständigkeitsentwicklung des Kindes.- In: Motorik, Schorndorf 8, Heft 3, S.97-103
- Zimmer, Renate (1996): Motorik und Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern. Eine empirische Studie zur Bedeutung der Bewegung für die kindliche Entwicklung. Schorndorf: Hofmann, 2.Auflage

Verzeichnis Bilder u. Tabellen

Fotos:

Bild 1: Bewegungselemente aus dem Piklerinstitut Berlin
(Dreieckständer, Krabbeltunnel, Sitz- Essbänkchen, kleiner Tunnel);
aufgenommen 2003 in Schöneberg/Berlin Seite 19

Bild 2: Spiel- Greifmaterialien,
aufgenommen 2003 im Piklerinstitut Schöneberg/Berlin Seite 21

Bild 3: Sammel- und Schüttmaterialien,
aufgenommen 2003 im Piklerinstitut Schöneberg/Berlin Seite 21

Abbildungen:

Abb. 1: Verlauf der selbständigen Bewegungsentwicklung aus eigener Initiative
(Pikler 1988, 35) Seite 27

Abb. 2: Die charakteristische Phase, in der die genannten Bewegungen bei Kindern mit
normalem Geburtsgewicht, erscheinen (Pikler 1988, 37) Seite 31

Abb. 3: Ablaufmodell der Inhaltsanalyse (Mayring 2007, 54) Seite 61

Tabellen:

Tabelle Inhaltsanalyse Seite 97-129

Lebenslauf

Ursula Fürle-Tröstl, geb. Fürle

Geboren am 25.10.1967

Familienstand: verheiratet mit Karl Georg Tröstl,
2 Kinder (Georg 1994, Marlene 1998)

Bildungsweg:

- 1986 Matura, neusprachliches Gymnasium Mödling
- 1992-1998 Studium Pädagogik
- 2007 Umstieg in den Studienplan 2002
- 2007 Jahrestagung 10 Jahre Pikler-Hengstenberggesellschaft
- 2007-2008 Universität Wien, Forschungsmitarbeiterin
(Projekt: Die Beziehung von Mutter und Baby), Entwicklungsdiagnostik
- 2011 GAIHM – Jahrestagung (Gesellschaft für seelische Gesundheit des Kindes)

Berufliche Stationen:

- 1987-1990 Ausbildung zur Physiotherapeutin, Wilhelminenspital
- 1990-1992 Haus der Barmherzigkeit, Physiotherapeutin
- 1992-1996 Kinderabteilung, Landesklinikum Mödling
- 1996-2008 MA 15, Stadt Wien, Sonderpädagogisches Zentrum für körper- und mehrfachbehinderte Kinder, 1170 Wien, Hernalser Hauptstrasse
- 2000-2008 Jahresgruppe von TherapeutInnen, die mit behinderten Kindern arbeiten
- 2003 Hospitation bei Monika Aly, Piklergesellschaft Berlin e.V., Kinder- und Jugendambulanz Schöneberg
- Seit 2008 MA 15, Stadt Wien, Entwicklungsdiagnostik, 1100 Wien, Gellertgasse
- 1997-1998 Neurophysiologische Zusatzausbildung nach Bobath für Kinder
- 2005 Lehrwartausbildung für Bogenschiessen
- Seit 2006 Physiotherapeutin in freier Praxis
- 2011-2012 Lehrauftrag Bobathkurs - Kinder, Wien, Verein Wiener Sozialdienste